Anno XXX N.º 1 (Gennaio-Aprile) 1915

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

Conto corrente con la posta

Pubblicazione quadrimestrale

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO
LIBERO DOCENTE DI CLINICA PSICHIATRICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

REDATTORE CAPO

M. LEVI BIANCHINI

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
A spese della Concessione
1915

(pubblicato il 1.º aprile 1915)

" IL MANICOMIO „ Archivio di Psichiatria e Scienze affini, si pubblica in fascicoli quadrimestrali di 160 pagine, e si occupa di tutti gli argomenti di **Psichiatria, Neuropatologia, Psicologia, Scienze dello spirito**.

I lavori originali vengono retribuiti in ragione di lire 30 per foglio di stampa di 16 pagine. Gli autori ricevono in dono 30 estratti con copertina. Gli estratti in più si calcolano a parte.

Abbonamento annuo:	Italia e Colonie	**L.**	**12**
	Estero . . .	**Fr.**	**15**
Un fascicolo separato:	Italia e Colonie	**L.**	**4**
	Estero . . .	**Fr.**	**5**

Per tutto quanto riguarda l'Amministrazione e la Redazione del Giornale, come invio di manoscritti, cambi, estratti, opere da recensionare, rivolgersi alla Redazione: **Prof. M. Levi Bianchini — Nocera Superiore. — (Salerno)**

SOMMARIO DEL N.° 1 ANNO XXX — 1915

Lavori originali:

Bibliografie:

Anno XXX Num. 1 (Gennaio-Aprile) 1915

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI
Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.
Direttore: Prof. Domenico Ventra
Redazione ed Amministrazione: Prof. M. Levi Bianchini Nocera Sup.re

LAVORI ORIGINALI

LABORATORIO DI PSICOLOGIA SPERIMENTALE
DEL FRENOCOMIO DI REGGIO EMILIA
diretto dal Prof. GIUSEPPE GUICCIARDI

Contributo allo studio della suggestibilità dei sani e dei malati di mente

NOTA SPERIMENTALE

del Dott. FERDINANDO CAZZAMALLI

I.

L'attuale incerta delimitazione del concetto di *suggestibilità* dal punto di vista psicopatologico, e il fatto che a tutt'oggi un valore più che altro euristico hanno le definizioni che tentano di rispecchiarne l'essenza e le interpretazioni che ne riguardano i rapporti molteplici, confortano il proseguimento e l'esposizione di ricerche sperimentali, intese a scovrire e ad analizzare — nei sani e nei psicopatici — con l'uso di *mental tests*, differenti forme di suggestibilità.

Come in tanta parte della biopsichica lo studio dei fenomeni morbosi ha preceduto le ricerche d'indole fisiologica, e come per l'appunto la via alle ricerche sulle funzioni normali fu spesso agevolata dai risultati di studi pazienti sulle deviazioni patolo-

giche, così è avvenuto per quella entità normale legata allo spirito umano che si è convenuto di denominare « *suggestibilità* ».

Infatti si è partendo dalle investigazioni su fenomeni semimorbosi o morbosi della suggestione in stato di veglia od in stato ipnotico, che venne di riflesso illuminata quella proprietà estensibile in vario grado, forma, e misura a tutti gli esseri umani che dicesi suggestibilità, a dimostrare, delucidare ed illustrare la quale, per citare solo alcuni, pregevolissima opera hanno speso il Binet, il Bernheim, il Morselli, ecc.

« En réalité » scrive il *Guyan* in « *Èducation et héredité* » nous sommes tous susceptibles de suggestion; mais la possibilité de la resistence personelle à la suggestion varie considérablement avec les personnes ».

E il *Dubois* più diffusamente « La suggestibilité humaine est incommensurable. Elle intervient dans tous les actes de la vie, colore des teintes les plus variées toutes nos sensations, égare notre jugement, crée ces continuelles illusions contre lesquelles nous avons tant de peine à nous défendre même en tendant toutes les forces de notre raison »; e poche righe antecedentemente «...... de nos jours la suggestibilité est etudiée par les procédés scientifiques.

On institue des esperiences en évitant toute suggestion voulue, laissant tomber le sujet dans le piège sans l'y pousser. On analyse ensuite l'idée directrice qui a entrainé l'erreur et on surprend ainsi le mécanisme de la suggestion.

On arrive de la sorte, sans hypnose, à fixer le coefficient de suggestibilité des individues en expérience, à determiner leur réaction sous l'influence morale, leurs tendances à l'imitation; les recherches intéressantes doivent étre poursuivies, complétées. Elles nous apprennent à connaître les défauts de notre esprit, et par conséquent á les combattre ».

Il *Bernheim* che tanto s'è occupato della suggestione ne suoi rapporti coll'ipnotismo, coll'isteria, (e sui criteri dell'A. ritorneremo più innanzi) perviene alla conclusione che la suggestione, qualunque sia il suo meccanismo, non esce più dal dominio della fisiologia o della psicofisiologia normale; essa è « la mise en activité » della suggestibilità, *proprietà inerente al cervello umano*, *variabile secondo i soggetti*, *variabile pure secondo i loro stati d'animo e secondo i fenomeni suggeriti.*

La conferma in senso generale a questa tesi venne portata, col sussidio sperimentale, da parecchi ricercatori come il *Simon*, il *G. C. Ferrari*, il *Binet*, lo *Schnyder*, il *Guidi*, e recentemente il *Chojecki*, la *Sertoli* ecc., con ossevazioni su individui sani e neuropatici, bambini ed adulti, e usando uno solo o più *tests*.

Nè, in questa rapida scorsa, può essere dimenticato il centro animatore della psicoanalisi freudiana: la *Sexualtheorie:* la quale come si sa, spiega tutta l'evoluzione dinamica del pensiero siccome il gioco efficace della meccanica istintiva (tendenze affettive derivate per la massima parte dall'istinto sessuale — stati di precoscienza, istanze, censura) —; in quanto si tratta fondamentalmente di tutta una catena di momenti di *suggestibilità interna*, che si esplica con « complessi » ora formati di elementi intellettuali, ora affettivi, ora motori, ora misti, e che da *Freud* è portata a spiegazione dell'isteria, dal *Bleuler* e dal *Maeder* di molte psiconeurosi.

Di indubbio interesse è il contributo sperimentale del *Chojecki* il quale in 60 soggetti normali (30 uomini e 30 donne), quasi tutti studenti dell'Università di Ginevra, ha ricercato l'influenza di tre *tests*:

a) Pseudo stufa del *Guidi* (suggestibilità al calore).

b) Ipnoscopio dell'*Ochorowicz* (suggestibilità algesicotattile).

c) *Test* di *Binet* (suggestibilità all'idea direttrice).

All'esposizione delle mie esperienze rimando la sommaria descrizione dei tre *tests* (poichè vi è stata apportata qualche modificazione) e delle modalità tecniche usate: ora mi preme piuttosto di rilevare i risultati a cui è pervenuto il *Choyecki* in nesso alle sue prove.

L'A., come sopra dissi, s'è attenuto esclusivamente agli individui normali (60) quasi tutti studenti e quindi di una certa levatura intellettuale, ed ha usato l'artificio di interporre alle prove di suggestibilità altre di carattere ben diverso per non svegliare nei soggetti il sospetto sul fine delle ricerche stesse, il che certamente avrebbe potuto, come è facile intendere, alterare la genuità dei risultati.

In una tabella che è utile qui riportare l'A. riassume l'esito delle esperienze:

	N.° dei soggetti	Media del coefficiente di suggestibilità all' idea direttrice
Soggetti esaminati	60	1,15
» suggestibili all'idea direttrice	36 (60 o/o)	1,25
» sensibili all'ipnoscopio	19 (31, 8 o/o)	1,14
» » alla « stufa »	19 (31, 8 o/o)	1,11
» » all'ipnoscopio ed alla stufa	4 (6, 6 o/o)	1,14

È chiaro che queste cifre (il *Chojecki* è giustamente molto prudente nel trarre illazioni dato il numero ristretto di soggetti esaminati) sembrano dimostrare la mancanza di stretto rapporto fra le diverse forme di suggestibilità, od anche forse un rapporto inverso, poichè i coefficienti di suggestibilità all' idea direttrice delle persone sensibili all'ipnoscopio ed alla pseudo stufa sono leggermente inferiori alla media, di più non sono le stesse persone quelle che sono sensibili all' ipnoscopio ed alla pseudo-stufa; finalmente di 60 soggetti solo quattro hanno reagito in senso positivo ad ambedue le ultime prove.

L' A. ha pure esposto in una tabella i propri risultati a sessi divisi (30 uomini e 30 donne) concludendo, sempre in modo relativo, che il numero delle donne suggestibili all'idea direttrice è minore di quello degli uomini, ma che le donne suggestibili ad essa lo sono in misura superiore in confronto degli uomini.

Anche all'ipnoscopio è inferiore il numero delle donne suggestibili in confronto degli uomini, mentre in egual numero i due sessi si dimostrano suggestibili rispetto alla pseudo stufa e ad ambedue le prove (ipnoscopio e pseudo stufa).

Ma conviene quì domandarci: se le esperienze di suggestibilità nei soggetti sani non hanno dato ancora risultati ben apprezzabili, non è troppo ardimento trasportare queste prove sul terreno patologico?

Certo sarebbe azzardato se si intendesse raggiungere un preciso risultato, ma in quanto si tenda a trarre la possibilità di stabilire se una grande linea di demarcazione può tracciarsi coll'uso razionale di questi tre *tests* tra sani e psicopatici, allora il conato sperimentale non può che essere di giovamento in questo dibattuto campo della psicologia sperimentale.

II.

DESCRIZIONE DEI TESTS

Pseudo-stufa Guidi (Modello modificato del Laboratorio di Reggio-E.). — Si tratta di una grossa stufa (cent. 30 × 20 × 25) in latta verniciata, su quattro piedi, munita nel centro della sua faccia anteriore di un incavo cilindrico profondo 15 centimetri, entro il quale a fregamento un pò duro scorre un manicotto metallico lucente (del diametro di cent. 5 $^1/_2$), che sulla sua parete esterna ha segnati i centimetri sino a 10, che ne possono misurare la penetrazione. Il manicotto, estratto tutto, accoglie l'indice e il medio della mano destra del reagente, il quale viene poi invitato a sospingerlo entro la stufa adagio adagio, fermandosi non appena avverta nelle proprie dita il primo senso di calore. Questa è la parte sostanziale dell'apparecchio, tutto il resto è importante soltanto perchè deve valere a creare la suggestione che il rivestimento metallico dell'incavo suindicato peschi dentro l'acqua bollente. La parete superiore della stufa è munita di un tubo per l'uscita del vapore, di un termometro e di un imbuto tappato per il supponibile carico dell'acqua, mentre un rubinetto di lato in basso deve fare pensare allo scarico dell'acqua, una volta che ha servito. La parete posteriore della stufa ha uno sportello, che aperto dà adito ad un vano cilindrico che contiene una minuscola caldaia in rame sosspesa, dal cui coperchio, chiuso a vite, parte un tubo, che ripiegandosi in alto va a terminare entro il camino, che si eleva, come si è detto, dalla parete superiore dell'apparecchio: sotto la caldaietta rimane uno spazio per mettervi una lampada a spirito. Tale vano occupa soltanto la terza parte posteriore della stufa e fra questo lato, in cui si accende una fiamma e si fa bollire dell'acqua, e la parte anteriore dove si compie lo sperimento, vi è interposto uno spesso tramezzo riempito di amianto. Nè alcun valore può neppure trasmettersi per le pareti laterali dell'apparecchio, la caldaietta non essendo a contatto con esse, ma sospesa e chiusa con la lampada accesa entro un cilindro metallico isolato, con una sola apertura verso il lato dello sportello. Il reagente seduto vede portare sul tavolo la stufa, che è evidentemente pesante; ed essa gli è messa davanti a lui rivolta dal lato dell'esperimento, con il manicotto tutto estratto. L'operatore finge di ve-

rificare al termometro, di cui il reagente non può vedere la scala, se l'apparecchio è stato riempito secondo i suoi ordini d'acqua calda, e accendendo subito la lampada ad alcool e mettendola entro la parte posteriore della stufa, dopo avere aperto e richiuso lo sportello, dice, come parlando a se stesso, che l'acqua tarderà pochissimo ad entrare in ebollizione. E infatti dopo poco la piccola caldaia, la cui poca acqua bolle presto, incomincia a lasciare sfuggire vapore abbondante per il camino della stufa.— E, a questo punto, l'esperimento può incominciare.

Ipnoscopio. — Un pesante piede metallico sostiene un largo anello (diam. cent. 20) pure metallico, al quale in croce sono fissate quattro calamite rivolte verso il suo centro, ognuna armata di una sbarretta di ferro dolce. Tra le otto branche delle calamite vi rimane lo spazio libero per mettere senza toccarle il dito indice. Il reagente vede togliere e rimettere e ritogliere le armature, saggiando sotto i suoi occhi la forza attrattiva delle calamite: quindi è invitato a mettere il suo dito indice della mano destra nel vano tra le calamite disarmate.

Test-Binet per la ricerca del C. S. I. D. — (*Fabbisogno* per l'esperienza).

A) Una cartella contenente 36 cartoni bianchi 20 × 20 nel mezzo di ognuno dei quali è tracciata con inchiostro di China in modo marcato una linea (per la lunghezza di esse linee vedi appresso).

B) Dei fogli di carta quadrettata, da servire per il reagente, ognuno dei quali fogli ha tracciato a sinistra un margine con una grossa linea verticale.

C) Moduli (secondo il nostro tipo di Laboratorio) da servire all'esperimentatore per raccogliere i risultati della prova quali sono stati dati dal soggetto.

L'esperienza deve compiersi nel modo seguente: Al soggetto si presenta successivameate e rapidamente la serie dei 36 cartoni vale a dire delle 36 linee *orizzontali* e gli si dice di volerle riprodurre una per una nelle loro lunghezza sopra il ioglio di carta quadrettata con margine a sinistra, *segnando un punto* con la matita, cosí che la distanza dal margine al punto riproduca la lunghezza della linea presentata. — Le linee crescono di lunghezza sino alla quinta (mm. 12. — 24, — 36, — 48, — 60), poi sono di lunghezza eguale (mm. 60). (Il soggetto influenzato dal-

l'accrescimento progressivo delle cinque prime linee ha tendenza a fare crescere anche le seguenti). Per ottenere il *Coefficiente di Suggestibilità all'Idea Direttrice* o C. S. I. D. si deve dividere la *lunghezza massima* data dal soggetto durante tutta l'esperienza con la *lunghezza della quinta linea*, come dal soggetto stesso è stata data. Es., il soggetto all'ottava linea ha dato una lunghezza di mm. 70 (invece di 60), mentre la lunghezza della sua quinta linea è stata di mm. 55 (invece di 60): allora la formula dell'esperienza risulta questa:

$$\text{C. S. I. D. } (70:55) = 1.27$$

Infine la trascrizione sul Modulo preparato di tutte le risposte dell'esperienza, quali possono raccogliersi dal foglio quadrettato, mostra obbiettivamente la composizione di essa, fissando nel tracciato risultante tutte le fasi del suo svolgimento, ciò che risulta prezioso per tutte quelle indagini che riguardano l'analisi del contegno psichico del reagente nei singoli momenti della prova. (1).

Le modalità tecniche seguite nell'esame dei soggetti sani ed ammalati furono semplicissime.

Intanto, poichè pei normali si ricorse al personale di assistenza, ritenni superfluo interpolare altre esperienze per mascherare lo scopo delle mie, essendo esclusa per la coltura limitata dei soggetti la possibilità di sospetto: ciò pure naturalmente per gli ammalati, scelti fra i più ordinati mentalmente.

A tutti indistintamente rivolgevo eguali spiegazioni così formulate:

a) *per la pseudo-stufa*, dopo averla mostrata in attività « desidero saggiare la vostra sensibilità al calore; introducete l'indice ed il medio della mano destra nel tubo fino alla radice delle dita e spingete pian piano il tubo nell' interno fino a che avvertite una sensazione sia pur piccola di calore: allora arrestatevi ». Ad

(1) Ho dovuto, per ragioni di spazio, limitarmi a farne riprodurre per il lavoro solo 16, fra le più interessanti, delle grafiche ottenute: restano naturalmente a disposizione dei colleghi, eventualmente interessati a tali ricerche, tutte le altre.

esperienza compiuta, sulla parte di tubo graduato che restava all'esterno leggevo le divisioni e le trascrivevo.

b) per l'*ipnoscopio*, dopo una breve spiegazione-dimostrazione della proprietà delle calamite e dopo aver determinato (mentre il soggetto trovavasi ad occhi bendati) nel lato dorsale prima dell'indice e poi del medio ed anulare della mano destra (tra la 2.ª e 3.ª falange) la soglia della discriminazione tattile col compasso di *Petersen.*

« Mettete l'indice fra le quattro calamite e state ben attento se avvertite qualche sensazione ».

Dopo due minuti si ricercava sul soggetto, al quale si era riapplicata la benda agli occhi, la soglia tattile all'indice ed alle altre dita, tenendo anche calcolo di eventuali fenomeni analgesici od iperalgesici, e delle accidentali impressioni manifestate dai soggetti.

c) Per il *test* di *Binet* (C. S. I. D.) si preparava il soggetto così: « desidero constatare il vostro colpo d'occhio: ditemi quanto è lungo press' a poco codesto tavolo ».

Poi, spiegato con un esempio il modo con cui dovevasi regolare nel segnare con punti in rapporto alla linea verticale la lunghezza delle singole linee orizzontali, si mostravano con certa rapidità le 36 linee del *test*.

Per questo *test* oltre la valutazione numerica indicata dal *Binet*, si è creduto opportuno, come già dissi, preparare dei stampati, esattamente quadrettati come i fogli esibiti ai soggetti, con segnata a crocetta la precisa riproduzione della linea quale dovrebbe risultare dal *tcst di Binet,* in modo da poter poi tracciare in sua vicinanza la linea risultante dalle singole valutazioni di lunghezza delle linee per opera del soggetto, così da ottenere insieme alla cifra bruta anche la qualità degli errori commessi, e la presenza o meno del ravvedimento, il momento di esso ed il suo valore quantitativo; in tal modo fu possibile ad es. in certi casi di osservare una specie di suggestibilità discendente.

Questi moduli (che è chiaro erano ignorati dai soggetti) offrono specialmente nei psicopatici dei dati di non dubbio interesse.

Per brevità nel contesto saranno indicati i valori di esperimento come *reazioni alla pseudostufa, all'ipnoscopio, all'idea direttrice;* si capisce che con tale denominazione pare si riguardi quasi unicamente più lo stimolo che la funzione stimolata; pur è evidente come debbasi intendere il valore reale dei diversi campi funzionali stimolati, e le loro qualità fisiopsicologiche at-

tive e passive (funzione attiva per il senso dello sforzo muscolare — test dell'I. D.: funzioni passive per il senso tattile — ipnoscopio: e per il senso termico-pseudostufa).

È forse superfluo ricordare come, seguendo l'uso oramai consacrato giustamente per le esperienze psicologiche, io abbia tenuto calcolo di quei perturbamenti psichici ideativi, emotivi ecc., rivelatisi prima, durante e dopo le prove, e che tanta influenza hanno sul risultato di un esame sperimentale psicologico: naturalmente io ho sempre cercato che i soggetti, sani ed ammalati, fossero nel migliore stato di calma fisiopsichica e qui solo per brevità darò cenno di quei fenomeni che possono avere eventualmente contribuito a foggiare date risultanze sperimentali.

III.

Ho sottoposto ai 3 *test* 15 soggetti sani (10 infermiere e 5 infermieri) e 35 psicopatici (20 donne e 15 uomini).

Raccolgo per maggior chiarezza in tabelle (I e II) i risultati ottenuti colle indicazioni e delucidazioni del caso, dando la precedenza naturalmente a quelle pertinenti ai sani.

TABELLA I.

Uomini sani (infermieri)

Nome	Età anni	C. S. I. D.	Ipnoscopio — soglia tattile		Pseudostufa
			prima della prova	dopo la prova	
P G	34	1,63	mm. 5,8	mm. 5,3	Div. 6,5
I. F.	40	1,29	» 6	» 5	» 6
S. E.	42	1,21	» 12	» 10	» 0
S. P.	44	1,73	» 6,5	» 7	» 0
G. V.	48	1,40	» 14	» 12	» 6

NB. I. F. — ipoalgesia all' indice della mano d. e parestesie alle altre dita dopo la prova ipnoscopica.

S. P. — parestesie all' indice della mano d. dopo la prova ipnoscopica.

TABELLA II.

Donne sane (infermiere).

Nome	Età anni	C. S. I D.	Ipnoscopio — soglia tattile		Pseudostufa
			prima della prova	dopo la prova	
B. L.	20	1,12	mm. 19,6	mm. 22,4	Div. 0
M. Z.	21	1,07	» 8	» 11	» 0
V. C	22	1,07	» 7,5	» 7	» 3
M. E.	22	1,23	» 7	» 6	» 5
G. S	22	1,26	» 8	» 11	» 0
C. Z.	22	1,30	» 4	» 7	» 0
F. M.	23	1,15	» 13	» 20	» 0
M. A.	28	1,33	» 6,5	» 6,5	» 0
P. C.	30	1,15	» 11	» 12,5	» 0
B. E.	31	1,42	» 8	» 7	» 4

NB. M. Z — parestesie all' indice della mano destra dopo la prova ipnoscopica.

V. C. — ipoalgesia all' indice della mano d. dopo la prova ipnoscopica.

F. M — ipoestesia ed ipoalgesia all' indice, al medio e all'anulare della mano d. dopo la prova ipnoscopica.

Queste cifre in riassunto possono esprimersi così:

	Numero dei soggetti	Media del C. S. I. D.
Soggetti normali esaminati	15	1,29
» suggestibili all'idea direttrice .	15 (100 %)	1,29
» sensibili all' ipnoscopio . .	6 (40 %)	1,17
» » alla pseudo-stufa .	6 (40 %)	1,34
» » all' ipnoscopio ed alla pseudo-stufa . . .	0	—

Dunque i nostri 15 soggetti normali si palesarono tutti suggestibili al *test* dell'idea direttrice: sensibili all'ipnoscopio fu il 40 % e codesti soggetti diedero la media minima del C. S. I. D., mentre quelli sensibili alla pseudo stufa in misura del 40 % diedero la media massima del C. S. I. D.

Nessuno dei soggetti fu sensibile contemporaneamente all'ipnoscopio ed alla stufa. Per sessi restano così divisi:

	Uomini (5)	Donne (10)
Media del C. S. I. D.	1,37	1,21
N.° dei soggetti suggestibili all'idea direttrice .	5	10
Media del C. S. I. D. dei soggetti suggestibili all'idea direttrice.	1,37	1,21
N.° dei soggetti sensibili all'ipnoscopio . .	0	6
» » » alla pseudo stufa .	3	3
» » » all'ipnoscopio ed alla stufa . . .	0	0

Restano da questi dati confermate le vedute del *Chojecki* sulla mancanza di rapporto tra queste forme di suggestibilità: o se mai prevalgono certi rapporti inversi nel senso che le persone sensibili nell'ipnoscopio danno la media inferiore del C. S. I. D., mentre quelle sensibili alla pseudo-stufa danno la media superiore del C. S. I. D.

Di più non notansi casi di contemporanea suggestibilità all' ipnoscopio ed alla pseudo-stufa. Per gli uomini poi è da notarsi che sono in maggior grado suggestibili delle donne all'idea direttrice e così in maggior numero sensibili alla pseudo-stufa, mentre all'ipnoscopio solo le donne si palesarono sensibili in misura del 40 %.

Ma è opportuno quì osservare come sia poco proficuo procedere molto oltre la semplice constatazione di differenze individuali di suggestibilità ai vari *tests*, perchè è vana e pressochè improduttiva fatica il voler cercare e stabilire correlazioni fra due o più *tests* isolati, nè deve essere affatto motivo di sorpresa la frequente mancanza di correlazione che notasi in tali esperienze di suggestibilità e fra le reazioni ai *tests* diversi. La ricerca di detti presumibili rapporti ben poco risultato può dare come dice il *Binet* nelle conclusioni alle ricerche sul livello intellettuale, mentre tutto il valore viene conservato ai singoli risul-

tati dei vari tests per quanto riguarda la tesi generale e gli aspetti speciali della suggestibilità ed a questi risultati va dedicata tutta la nostra attenzione.

Dei 15 tracciati del test di Binet ottenuti dai soggetti normali credo utile riportarne due; il primo (n.° 1) può dirsi di *normalità regolare*, il secondo (n.° 2) è per opposte ragioni alquanto eccezionale: tutti gli altri, dirò così, restano contenuti fra questi due estremi, di cui l'uno rappresenta la maggior stabilità all'idea direttiva del soggetto e più si avvicina a quella che sarebbe la riproduzione esatta della linea risultante del *test* di *Binet* (G. S.) e l'altro molto instabile è quello che più se ne allontana (P. G.).

Prima di passare dal terreno normale sul terreno patologico vanno commentate quelle lievi discrepanze che emergono dal confronto dei casi del *Chojecki* coi miei (1).

L' essere tutti i miei soggetti suggestibili al test dell' idea direttrice, e la media del C. S. I. D. superiore in confronto di quella data degli individui del *Chojecki*, come anche il fatto che solo le donne nei miei esperimenti sui soggetti normali si palesano suggestibili all'ipnoscopio (mentre per l' A. sopracitato sarebbe maggiore il numero degli uomini suggestibili all'apparecchio dell' *Ochorowicz*) non porta ad alcuna possibile conclusione generale dato il numero limitato dei soggetti esaminati sia dal *Chojecki* ed ancor più da me.

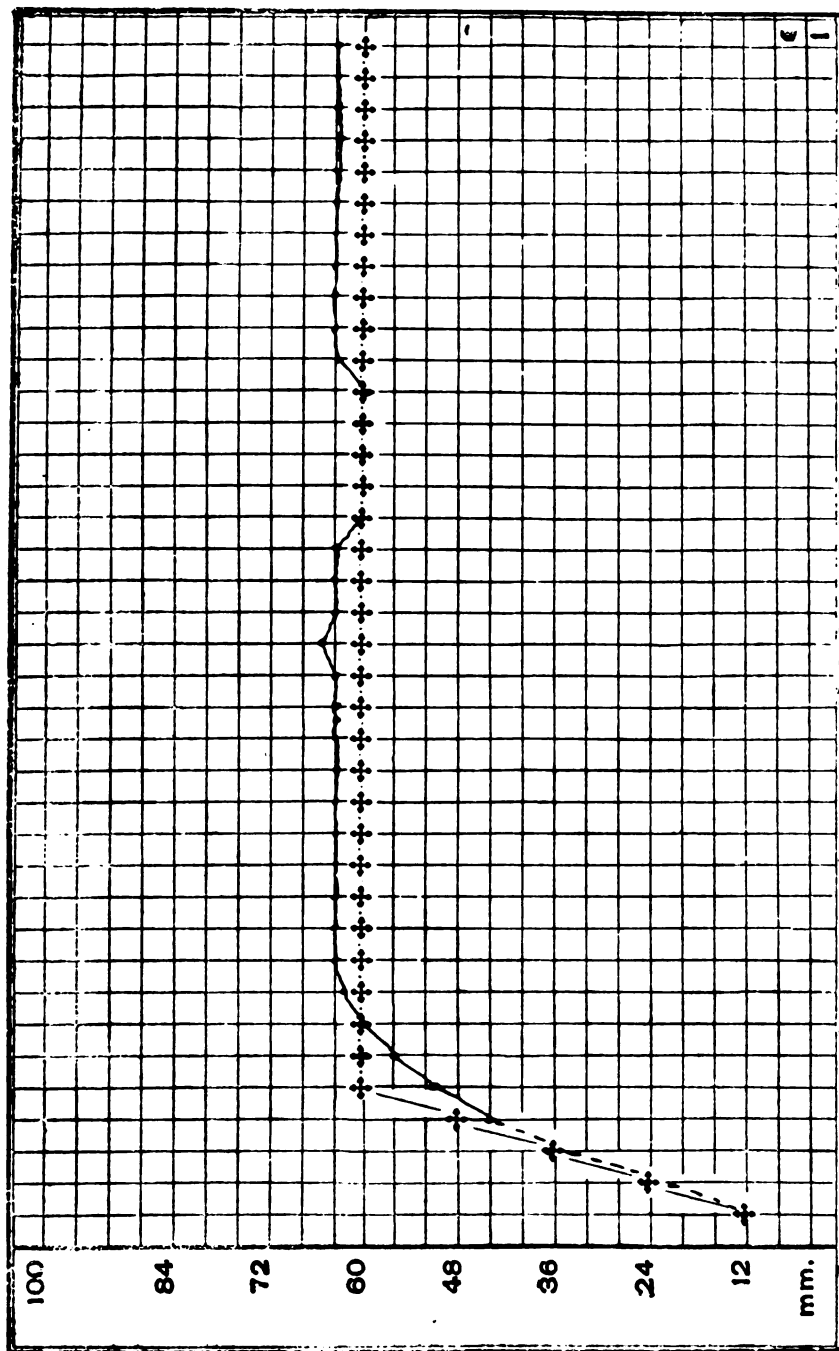
Invece comincia ad avere un certo valore probativo il fatto che in tutte e due le serie sperimentali i soggetti maschili normali hanno dimostrato chiaramente maggiore suggestibilità al *test* dell'idea direttrice in confronto dei femminili, mentre il dato del *Chojecki* che le donne snggestibili all' I. D. lo sono in misura maggiore degli uomini, merita nuove indagini anche perchè il risultato delle mie esperienze lo contraddice.

I tracciati del *test* di *Binet* già nei normali hanno una importanza indubbia in quanto come dissi fissano ogni momento dell'esperienza e come tali riflettono tutti gli stati dei processi volitivi (inibitori) dei soggetti; nei malati poi, come in seguito vedremo, tali tracciati acquistano un interesse tutto particolare.

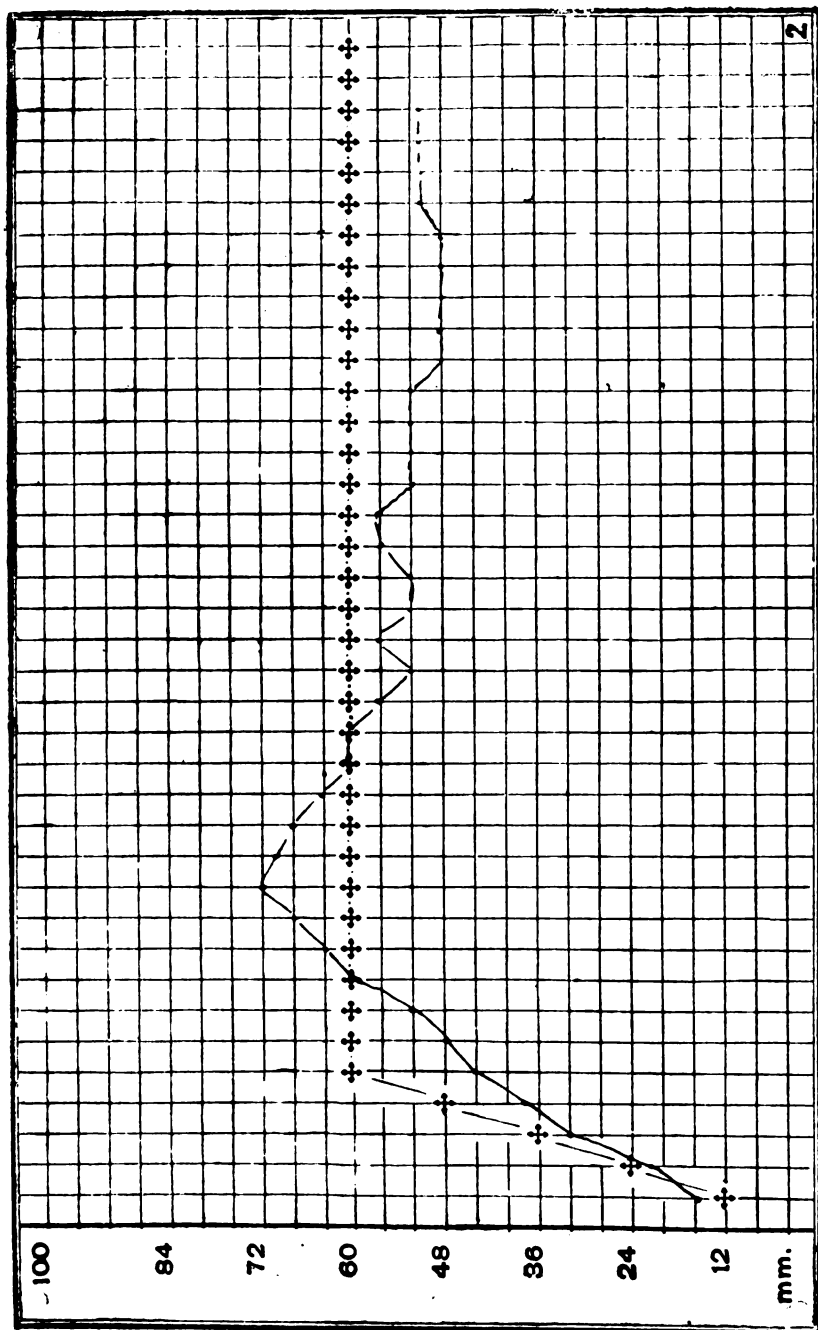
(1) Van tenute presenti in questo confronto la diversità etnica (studenti quelli a Ginevra, ma probabilmente russi e polacchi) e la diversità di cultura dei soggetti del *Chojecki* dai soggetti da me sperimentati.

N.° 1

Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: G. S. Infermiera — Data: 2 febbraio 1913

C. S. I. D. = (66:52) 1,26.

N.° 2 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: P. G. infermiere d'anni 34

C. S. I. D. — (72:44) 1,63

IV.

Seguendo il criterio espositivo adottato nelle precedenti esperienze sui soggetti normali riunirò ora in due tabelle (III e IV) i risultati delle prove di suggestibilità coi tre *tests* ottenuti nei *malati di mente* (*17 uomini e 20 donne*); e riferendomi qui alla precedente osservazione sulla opportunità o meno di sperimenti psicologici nel campo patologico, ricordo come sia merito precipuo del *Ferrari* e del *Guicciardi* l' inizio della applicazione dei tests negli alienati, dalla quale già pregevoli risultati ne sono derivati.

TABELLA III.

Ammalati

Nome	Età	PSICOPATIA	C. S. I. D	Ipnoscopio soglia tattile		Pseudostufa
				prima della prova	dopo la prova	
L. M.	45	Imbecillità	2,10	mm. 15	mm. 16	div. 0
C. G.	21	idem	1,13	» 14	» 13	» 0
M. S.	24	Psicastenia	1,23	» 8	» 5,5	» 9
M. G.	36	Demenza istero-epilettica	2,77	» 6,5	» 8	» 0
S. A.	36	» epilettica	1,36	» 16	» 17	» 0
C. A.	37	Psicosi epilettica	1,45	» 8	» 7	» 0
A. R.	52	idem	1,30	» 16	» 23	» 0
F. L.	49	Frenosi man-depr.—Stato intervallare	1,57	» 6	» 6	» 0
B. E.	55	idem —Eccitamento maniaco	1,62	» 35	» 30	» 0
B. A.	31	Demenza precoce ebefrenica	1,06	» 10	» 20	» 0
B. R.	40	» » paranoide	1,65	» 10	» 12	» 0
B. F.	54	Frenosi alcoolica	1,89	» 60	» 80	» 0
C. P.	45	idem	1,13	» 7,6	» 7	» 0
V. E.	51	idem	1,38	» 30	» 36	» 6
F. G.	33	Paralisi progressiva	1,00	» 35	» 40	» 0

NB. M. S. — ipoalgesia ed iperestesie all' indice della mano d. e parestesie alle altre dita dopo la prova ipnoscopica.

TABELLA IV.

Ammalate

Nome	Età anni	PSICOPATIA	C. S. I. D.	Ipnoscopio — soglia tattile		Pseudostufa
				prima della prova	dopo la prova	
M. C.	27	Imbecillità	1,34	15,5	30,5	0
S. I.	17	idem	1,17	8	8	0
B. C.	33	Psicastenia	1,36	7,5	16	0
L. T.	42	idem	1,10	6,5	8.8	0
T. G.	40	Isteria	1,06	9,5	37	7
S. A.	28	idem	1,00	10	11	6,5
R. A.	18	idem	1,05	7	6	4
C. C.	45	Psicosi epilettica	1,30	19,6	34,8	5
P. M.	25	Istero-epilessia	1,16	17,2	27,4	0
F. E.	47	Lipemania	1,21	6,5	11	0
P. C.	46	idem in isterica	1,57	20	28	9
L. A.	56	idem involutiva	1.07	19	27	6,5
S. F.	23	Frenosi man-depr.—Stato intervallare.	1.25	14	11	0
S. O.	44	idem idem	1,41	6	8,5	0
L. P.	23	Demenza precoce ebefrenica	1,85	28	35	0
B. C.	38	idem idem	1,00	24,4	28,3	0
M. M.	20	idem idem	1,85	21	22,5	0
L. A.	32	Demenza precoce paranoide in isterica	1,06	10	25	5
S. G.	34	idem idem	1,81	11,5	15	0
M. E.	55	idem idem	1,50	7	16	0

NR. M. C. — iperalgesia ed iperestesie (anche alle altre dita) in seguito alla prova coll' ipnoscopio.
T. G. — ipoestesia ed ipoalgesia » » » » »
F. E. — ipoestesie, parestesie, ipoalgesia (anche alle altre dita) » » »
S. F. — parestesie (» ») » » »
M. E. — iperestesia (» ») » » »

Queste cifre possono riassumersi così:

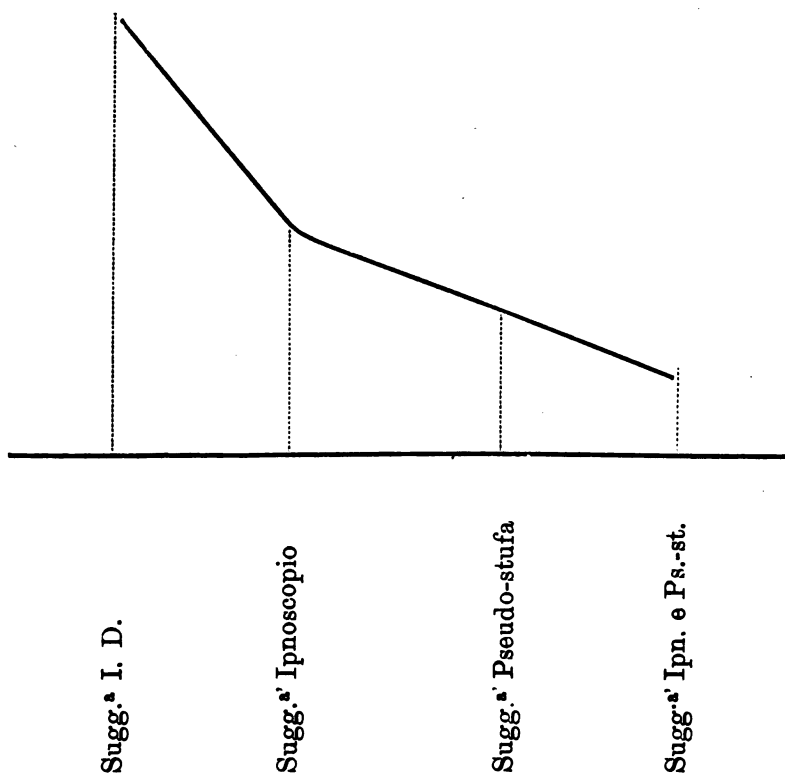
	Numero degli ammalati	Media C. S. I, D
Ammalati esaminati	35	1,39
» suggestibili all'idea direttrice .	32 (91 %)	1,43
» sensibili all'ipnoscopio . .	18 (51 %)	1,35
» » alla pseudo-stufa . .	9 (25 %)	1,26
» » all' ipnoscopio ed alla pseudo-stufa . .	6 (17 %)	1,19

Non è inopportuno qui pure far seguire un' ultima tabella riassuntiva in cui siano divisi in sessi:

	Ammalaii (15)	Ammalate (20)
Media del C. S. I. D.	1,49	1,29
N.° dei soggetti suggestibili all'idea direttrice.	14	18
Media del C. S. I. D. dei soggetti suggestibili all'idea direttrice	1,52	1,34
N.° dei soggetti sensibili all'ipnoscopio. .	4	14
» » » alla psedo stufa .	2	7
» » » all'ipnoscopio ed alla pseudo stufa. .	2	4

Queste cifre ci dicono come i nostri ammalati, tutti in questo momento relativamente ordinati ed orientati psichicamente, siano in numero discretamente alto sensibili all' azione dei tre *tests*, ma in quantità variabile a seconda del *tests* usato e precisamente:

I.° *all'idea direttrice* pressochè tutti suggestibili.
II.° *all'ipnoscopio* la metà.
III.° *alla pseudo-stufa quasi* un terzo.
IV.° *all' ipnoscopio ed alla pseudo-stufa* un quinto.

Si potrebbe tracciare una linea decrescente circa la suggestibilità a questi tests nei nostri soggetti p. e. così:

In rapporto alla suggestibilità all'idea direttrice i soggetti all'ipnoscopio danno la media più alta del C. S. I. D. (eccettuata s'intende la media dei suscettibili puramente all'idea direttrice); tale media del C. S. I. D. va abbassandosi pei soggetti sensibili alla pseudo-stufa, ed ancor più per quelli sensibili ad ambedue le ultime prove.

Se si volessero cercare dei rapporti tra i risultati di queste esperienze relativamente ai *tests* usati si potrebbe inferire che i sensibili all'ipnoscopio sono anche molto suggestibili all'idea direttrice, mentre tale rapporto va decrescendo per i sensibili alla pseudo-stufa ed all'ipnoscopio e pseudo stufa; i soggetti normali ci hanno dato nei risultati dei rapporti inversi, che qui non appaiono.

In punto alle differenze di sesso sono più numerose le donne che gli uomini suggestibili all'idea direttrice, mentre gli uomini

suggestibili lo sono in misura maggiore: va ricordato come il *Chojechi* nei suoi soggetti normali abbia riscontrato un risultato diametralmente opposto.

Sensibili per l'ipnoscopio sono in numero molto superiore le donne degli uomini, e ciò anche per la pseudo-stufa, e per l'ipnoscopio e la pseudo-stufa contemporaneamente, sebbene in questi due ultimi casi la distanza numerica sia minore; anche i miei soggetti normali femminili all'ipnoscopio hanno reagito in numero maggiore dei maschili, mentre quelli del *Chojecki* hanno dato valori opposti.

V.

Ma se dall'esame quantitativo di queste cifre noi possiamo trarre solo qualche debole luce per rischiarare il problema della suggestibilità nei malati di mente, se resta confermata indubbiamente l'opportunità di estendere tali ricerche psicologiche agli alienati, per la tesi generale resta fissato come pei psicopatici in condizioni di discreto ordine psichico (chè per gli altri è evidente l'inutilità e l'impossibilità di tali esperienze) noi non possiamo in base a dette esperienze trarre illazioni globali; e ciò per due ordini di ragioni.

Anzitutto se devesi indubbiamente convenire col nostro *Morselli* nella critica al tentativo di *Blondel* (1) di dimostrare che la malattia mentale « ingenera fenomeni speciali e si svolge secondo processi insoliti irriducibili alle leggi ordinarie » pure in senso lato (fermo restando che *la vita del pensiero ubbidisce alle medesime leggi nel sano come nell' alienato*), « la Coscienza morbosa, » è bene spesso una sfinge psicologica ed oscillanti sono i suoi termini di paragone con la « coscienza normale »; è necessario quindi che il trasporto dei metodi di fisiopsicologia non sia seguito pedissequamente dal criterio di analogia nella valutazione dei risultati.

Scrive opportunamente il *Bechterew* « La méthode courante de « pénétration dans l'âme » par la mimique et la parole n'est

(1) Nell'agosto scorso notavo, nella estensione della presente nota, come gli studi recenti del Blondel siano « imputabili dal nostro punto di vista biologico di eccedente filosofia sovrapposta alla clinica: imputazione però relativa nei rigurdi de'l'A., che *letterato e filosofo*, dimostra pure grande intuito psicologico ».

gnére applicable á l'aliéné car l'état subjectif de ce dernier différe entiérement de l'état normal. Cela fait qu' un sujet sain ne pent dans des conditions objectives analogues, se comparer á un aliéné comme on le ferait avec un homme sain ».

In secondo luogo se pei normali si può stabilire una specie di *media psicologica* sulla base d'una approssimativa media mentale, negli alienati ciò risulta assolutamente impossibile dato il fatto che le varie diverse psicopatie ledono le funzioni mentali in propri aspetti se non assolutamente delimitati, certo approssimativamente determinabili, e questo compito la psicologia va assolvendo con sempre nuova energia; mentre poi una stessa psicopatia acquista speciali configurazioni e dà speciali reazioni psicologiche a seconda « *dell'entità biopsichica* » dei soggetti colpiti.

È quindi necessario trasferire le indagini oltre l'analisi generale quantitativa sui dati speciali considerati in senso qualitativo, per vedere di derivare dalle formule brute certe considerazioni, a mio vedere sempre interessanti, anche se a volte limitate a riaffermare col dato sperimentale concetti già stabiliti di psicopatologia, ed ancor più quando, come nell'isteria, occorre investigare fin dove l'esperimento è in contrasto con dati e teorie concernenti determinate forme morbose.

Ispirandomi a tale proposito io raggrupperò gli alienati in rapporto al loro stato mentale e procederò all'analisi dei risultati ottenuti dalle prove di suggestibilità.

È appunto in questo momento che l'innovazione del *tracciato* per il C. S. I. D., di scarsa importanza per i soggetti sani, si addimostra preziosa dal punto di vista psicopatologico. Il tracciato in tali casi svela infatti l'andamento delle esperienze nei loro diversi momenti e mette bene in mostra gli atteggiamenti successivi di quella entità particolare che è la « coscienza morbosa » del soggetto.

Tanto più che in certi casi (p. e. cfr. il tracciato *N. 3*) la cifra bruta (C. S. I. D. = 1.34) trarrebbe in errore grossolano, mentre la grafica svela lo stato anormale della *volontà* del soggetto in esame.

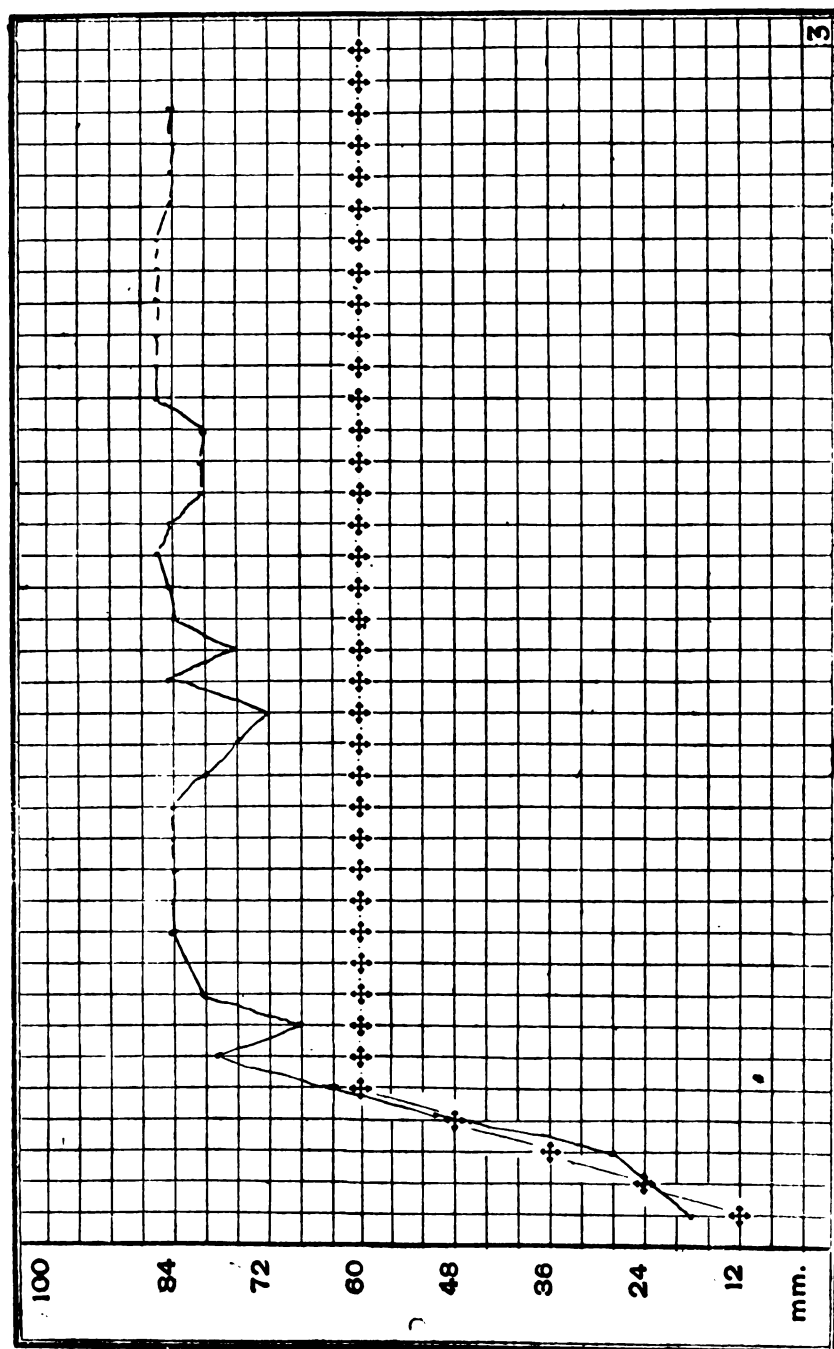
Imbecillità.

Nessuna reazione alla *pseudo-stufa;* all'*ipnoscopio* reagisce solo *M. C. N. 1*, una venere vagante d' infimo rango, con stigmate

N.° 3 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: M. C. (Imbecillità)

3

100 84 72 60 48 36 24 12 mm.

C. S. I. D. = (86:64) 1,34

isteroidi. E' l'unico di questi soggetti che abbia dimostrato qualche compartecipazione emotiva nel porre l'indice fra le quattro calamite.

Va richiamata quì l'osservazione della *Sertoli* sia per i normali che per gli anormali, derivata dalle sue esperienze di suggestibilità colla pseudostufa del *Guidi* nei fanciulli anormali: « la suggestibilità è in rapporto diretto coll' emotività discreta e inverso coll' intelligenza », osservazione che coincide con quelle di *Binet* e di *Simon* in tale capitolo della psicologia sperimentale.

Certo che, per quanto riguarda la 2.ª parte della definizione, ove l'insufficienza mentale è di grado così elevato da creare la inettitudine a comprendere l'elemento suggestivo, allora i soggetti vanno classificati fra gli insuggestibili.

I due tracciati (N.º 3, 4) del *test* di *Binet* dimostrano irrefutabilmente l' attutimento grave dei poteri volitivi sia nella facoltà d'attenzione che per la facile e vivace preponderanza degli impulsi sui freni, e insieme la spiccata deficienza critica È troppo noto che la volontà come valore psicologico sintetico della personalità è l'ultimo a prendere forma e consistenza definitiva nello sviluppo normale e che negli stati di arresto mentale congenito la lesione nella sfera volitiva è rimarcabilissima. Chiara dimostrazione ne danno *Binet* e *Simon* studiando negli imbecilli quella che opportunamente denominano suggestibilità per docilità.

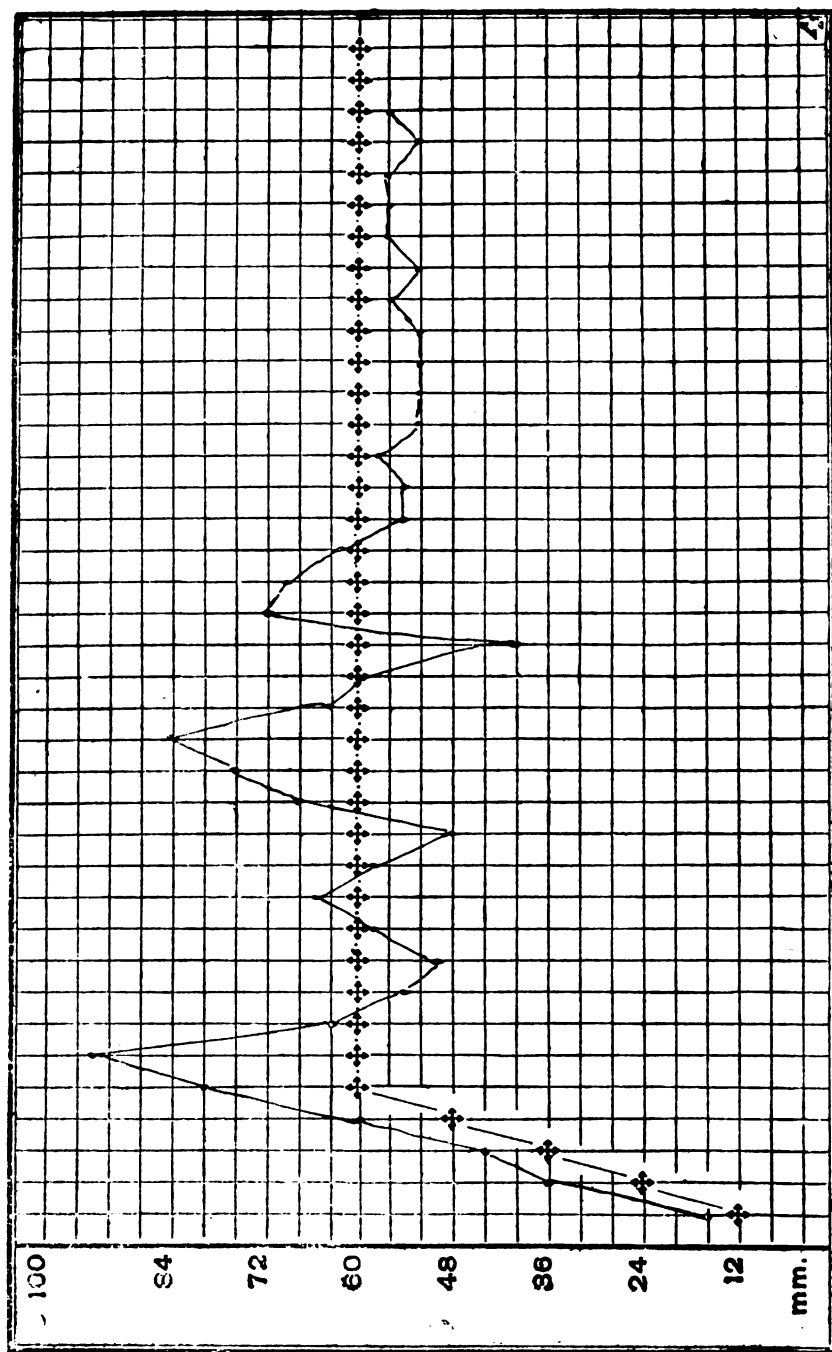
Stati demenziali.

I malati di demenza precoce (ebefrenica, paranoide, epilettica, postalcoolica) non danno alla *pseudo-stufa* reazione alcuna se si eccettui un caso di frenosi alcoolica non ancora in esito demenziale e uno di demenza precoce paranoide in *isterica* (L.A.).

La mancanza di reazione alla pseudostufa negli stati demenziali come negli imbecilli non può dare meraviglia ove si tenga calcolo dell'assenza di quello stato di *attenzione aspettante*, necessario per la produzione del fenomeno, ed anche molto spesso del semplice stato di attenzione e di interessamento necessari in tale esperimento.

All'*ipnoscopio* marcata suggestibilità in modo speciale pel sesso femminile; però quì va notato come l' ampiezza rilevante della soglia tattile, in relazione coll'attutimento, quasi consue-

N.° 4 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all' idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: S. I. (Imbecillità)

C. S. I. D. = (94:80) 1,17

tudinario negli stati demenziali semplici, della sensibilità infirmi ogni illazione al riguardo; tanto più in quanto specialmente nei dementi precoci spesso notasi analgesia più o meno completa e d'altra parte spesso in tali ammalati l'assenza di reazione al contatto o alla puntura è legata all'indifferenza', al torpore, o al negativismo del soggetto. Ne consegue che la debolezza o la assenza, o la apparente vivacità di reazione non permettono di dire con precisione se la sensibilità al contatto od al dolore è realmente abolita, diminuita o aumentata, onde qualsiasi risultato anche di prove ripetute e pazienti va vagliato con ogni riserva.

Al *test* di *Binet* i soggetti in stato demenziale hanno reagito in modo chiaro e *conforme* alla gravità del deficit psichico, inteso nel suo complesso ed in rapporto ai poteri volitivi che qui spesso si dimostrano quasi spenti (N. 5), sempre attutiti (N. 6, 7), ed instabili anche con facile e vivace preponderanza degli impulsi sui freni. (N.° 8).

Anche in questi ammalati l'applicazione del *test* della S. I. D. colla grafica del Laboratorio è di grande utilità in confronto della cifra bruta: le turbe della psico-motilità (o attività volontaria ed automatica) sono messe in rilievo egregiamente. Pei dementi precoci poi riescono comprovate quelle manifestazioni della suggestibilità consistenti in una semplice docilità (come già vedemmo negli imbecilli) od in una specie di attività imitativa, ridotta a continuare automaticamente dei gesti incominciati (tendenze alle stereotipie).

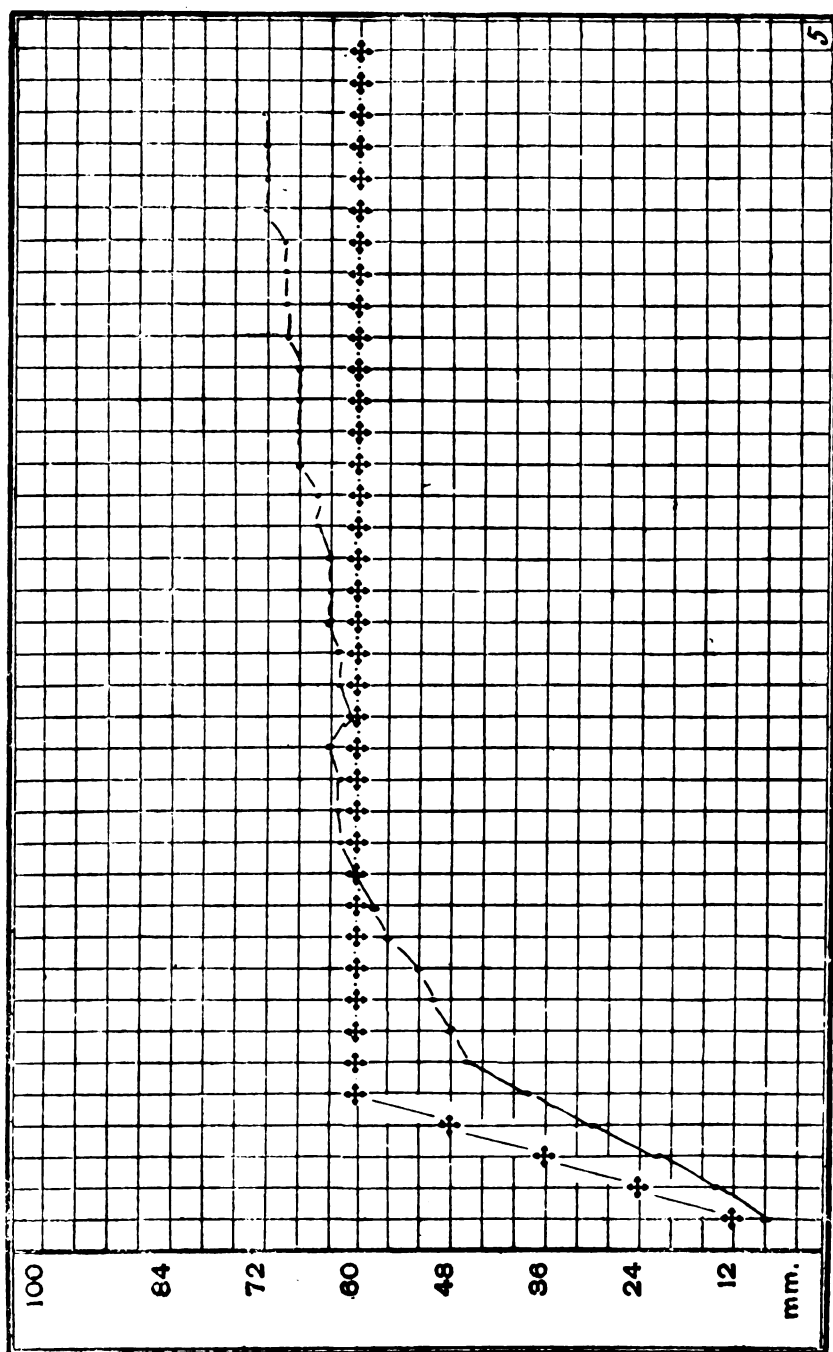
Tutto ciò si riannoda, per usare le parole di *Deny* e *Shermitte* « á un même processus psychopatologique, la rupture des voies d'association entre les élements idéo-affectifs et les élements funtiónnels de l'esprit (*ataxie intra psychique* de *Stranski*, *schizophrénie* de *Bleuler*) », poichè è solo partendo dalla determinazione dei poteri affettivi e volitivi dei psicopatici che si arriva a comprendere le loro reazioni percettive e motrici.

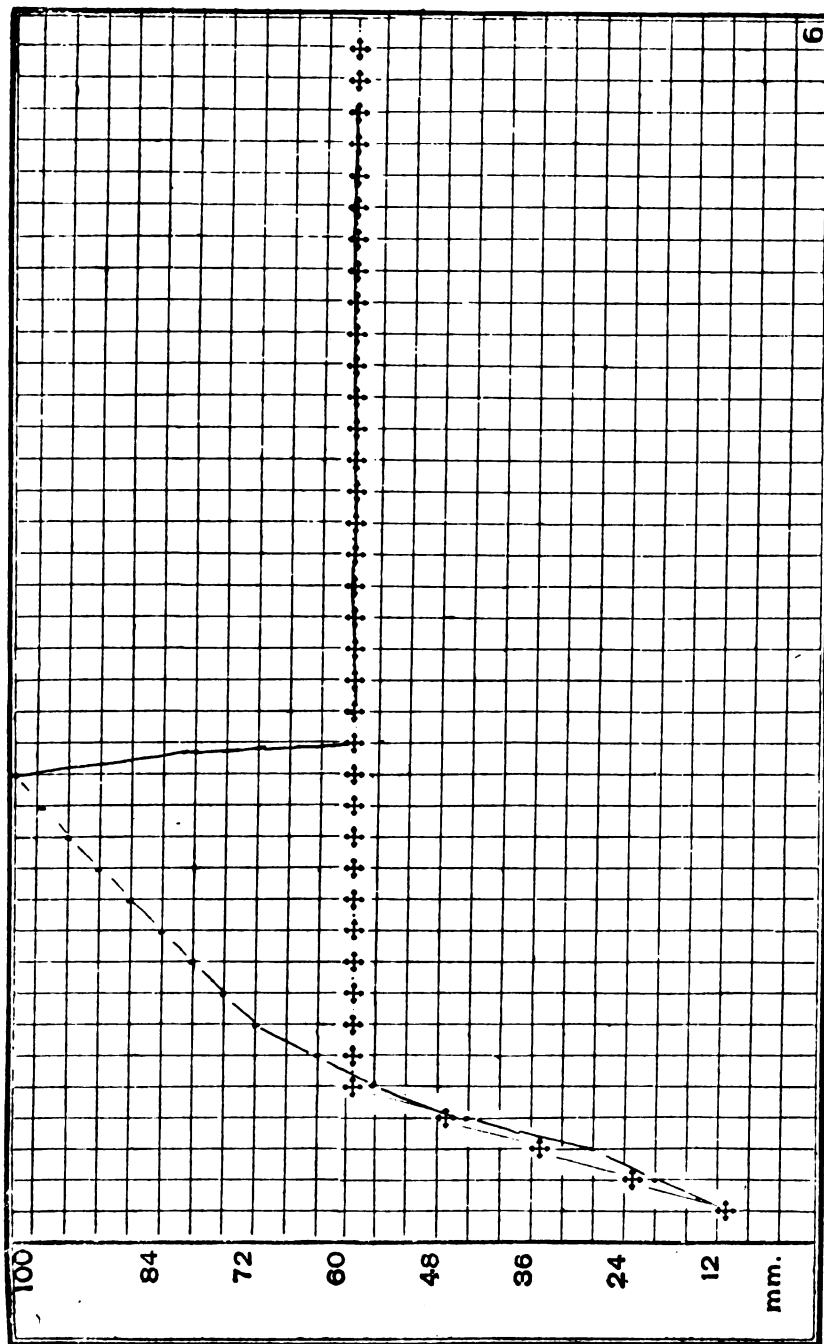
Paralisi progressiva

Nell'unico caso, sottoposto all'esperimento, di demenza paralitica senza soffermarmi ai risultati negativi per la *pseudo stufa* (per la quale le ordinarie diminuzioni di sensibilità al calore, oltre che gli elementi attutiti o pervertiti affettivi e volitivi spiegano

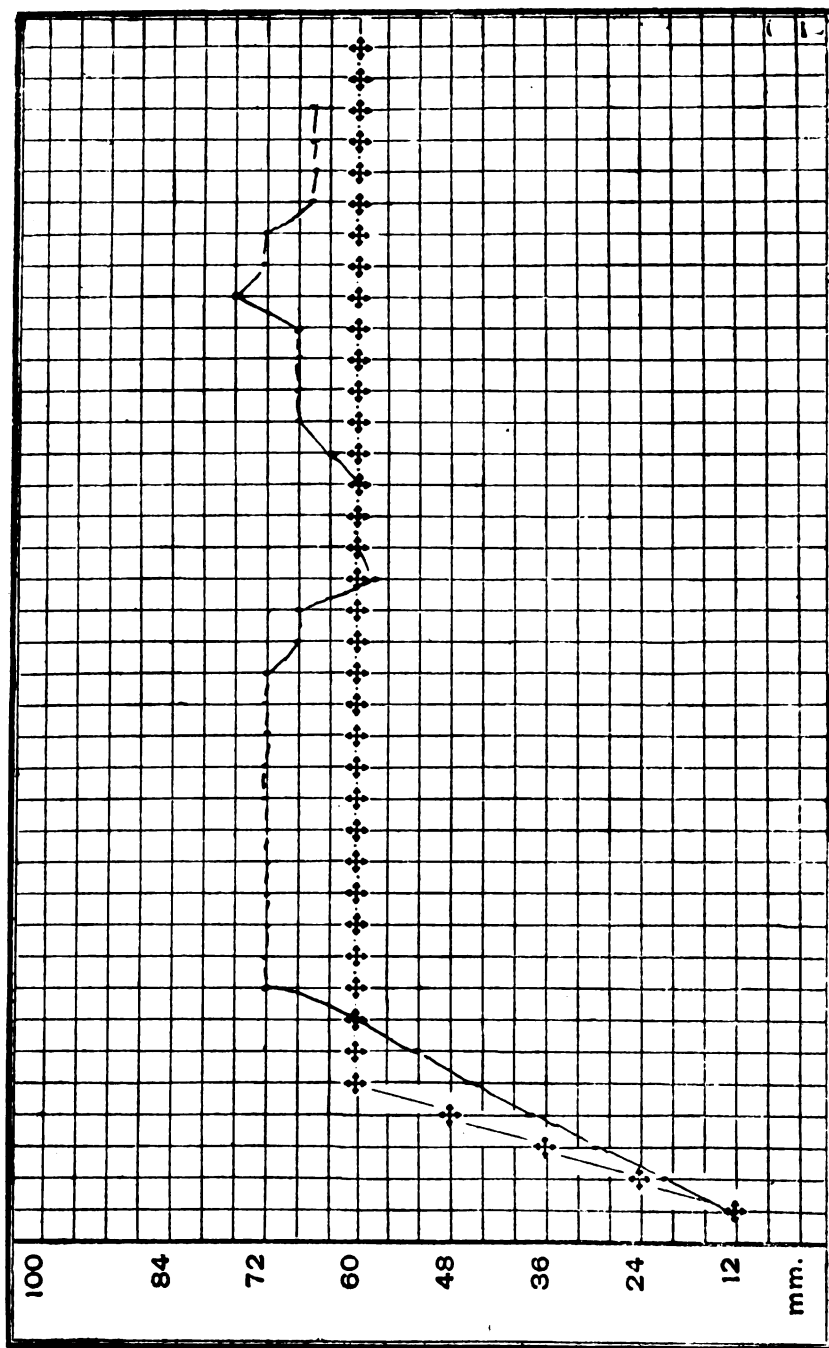
N.° 5

Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: B. F. (Frenosi alcoolica)

C. S. I. D. = (72 : 38) 1,89

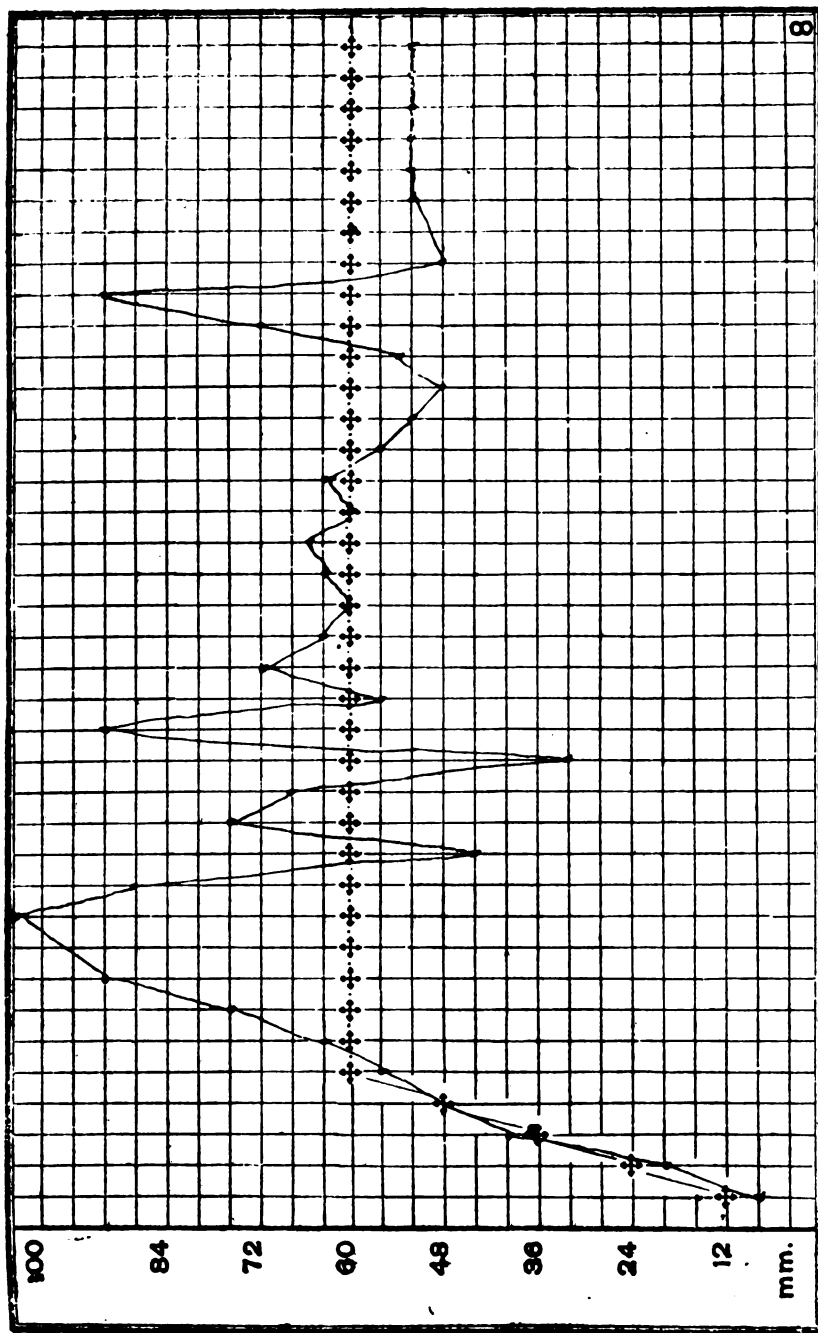
N.° 6
Ricerca del coefficiente di suggestibilità all' idea direttrice (Test di Binet.)
Cognome e nome: L. P. (Demenza precoce ebefrenica)
100
84
72
60
48
36
24
12
mm.
6
C. S. I. D. = (104 : 56) 1,85

N.° 7 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: B. R. (Demenza precoce paranoide)

100
84
72
60
48
36
24
12
mm.

C. S. I. D. = (76 : 46) 1,65

N.° 8

Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test. di Binet.)

Cognome e nome: M. M. (Dementia praecox subsequens)

C. S. I. D. = (104 : 56) 1,85

sufficientemente la mancata reazione) e per l'*ipnoscopio* (le cifre della soglia tattile attestanti l' ipoestesia tolgono valore alla *differenza*), sarà quì utile riprodurre il tracciato del C. S. I. D.: chè se la cifra segna *uno*, cioè come dovrebbe essere il valore nella forma esemplare del *test* del *Binet*, la grafica è una meravigliosa fotografia di quella « atassia della volontà », caratteristica dei paralitici.

È noto come il progressivo indebolirsi delle facoltà di osservazione, di riflessione, di critica, coincide nella demenza paralitica coll' indebolimento dell' inibizione volontaria, che il *test* di *Binet*, nella sua espressione « percettivo-motrice », mette così bene in evidenza, segnando nel tracciato l' incostanza, la labilità, il pervertimento dei poteri volitivi, quì intaccati, come dissi, fino alla atassia. (Cfr. *N. 9*).

Frenosi maniaco-depressiva e Lipemania

Alla *pseudo-stufa* non diedero reazione alcuna gli ammalati di frenosi maniaco-depressiva in stato intervallare, mentre di tre malate di lipemania due si addimostrarono suggestibili in misura notevole e specialmente quella psicopatica (P. C.) con costituzione isterica.

All' *ipnoscopio* si ebbero risultati concordanti, sia per gli ammalati ciclici che per le lipemaniache, con quelli della *Pseudo-stufa.*

In proposito basterà osservare come per questi due *tests* gli ammalati in istato intervallare di frenosi maniaco-depressiva si sono comportati a guisa dei normali, mentre due lipemaniache e specialmente quella a fondo isteroide per la spiccata emotività già all' inizio dell' esperienza lasciavano presupporre quella suggestibilità, che si è poi pienamente rivelata.

Il *test* di *Binet* nei tracciati permette di assodare l'avvicinamento ai normali per le facoltà di osservazione, riflessione e critica (cfr. *N. 10*), certi stati di oscillazione però in limiti abbastanza ristretti dei poteri inibitori (cfr. *N· 11*), o molto rilevanti come nel caso dell' isterica lipemaniaca (cfr. *N. 12*).

Il tracciato poi *N. 13* (si tratta di un *eccitamento maniaco*) svela quel tipo patologico di volontà, che si è convenuto di chiamare *volontà motrice*, e che si esprime per delle tensioni muscolari sempre pronte ed eccessive, dalle quali agli impulsi e alla

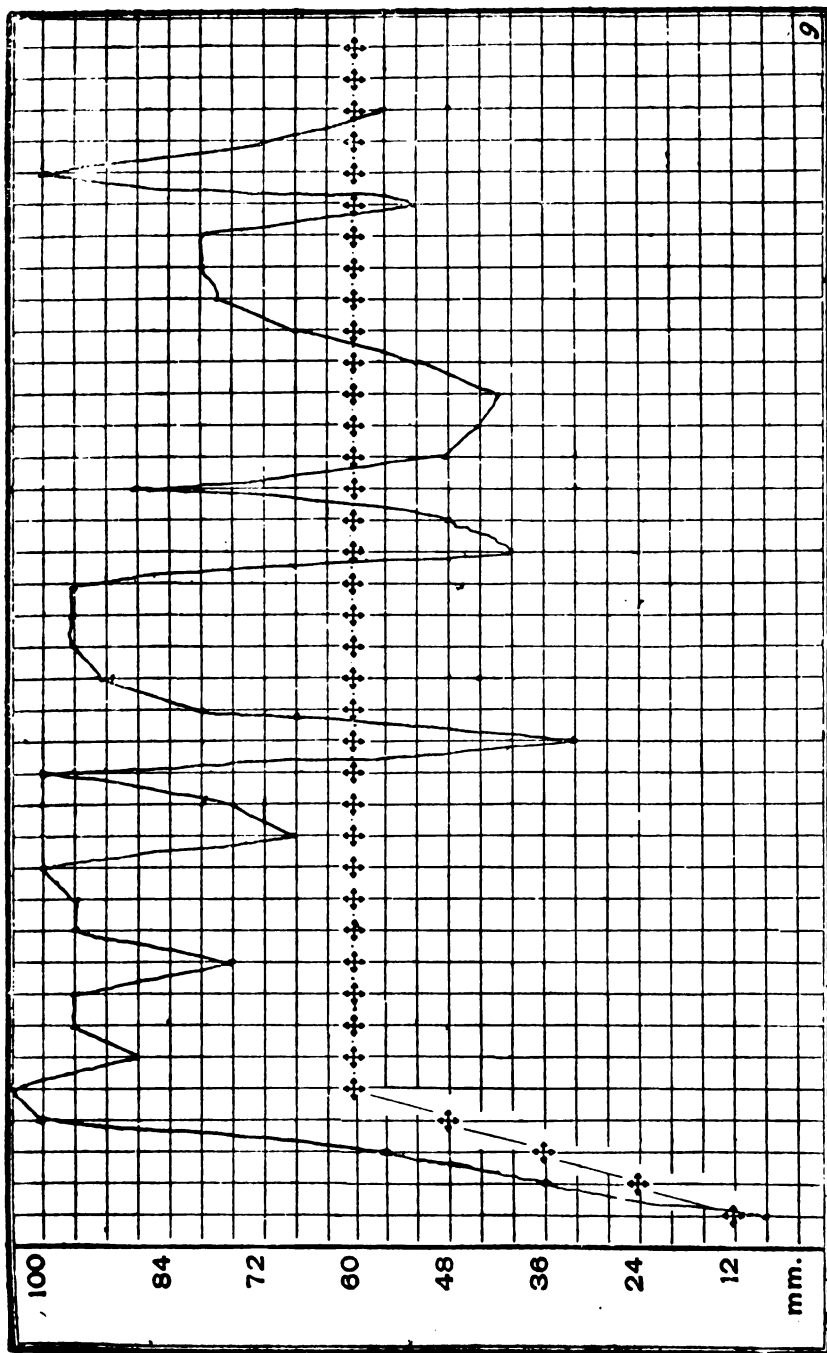
N.° 9 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

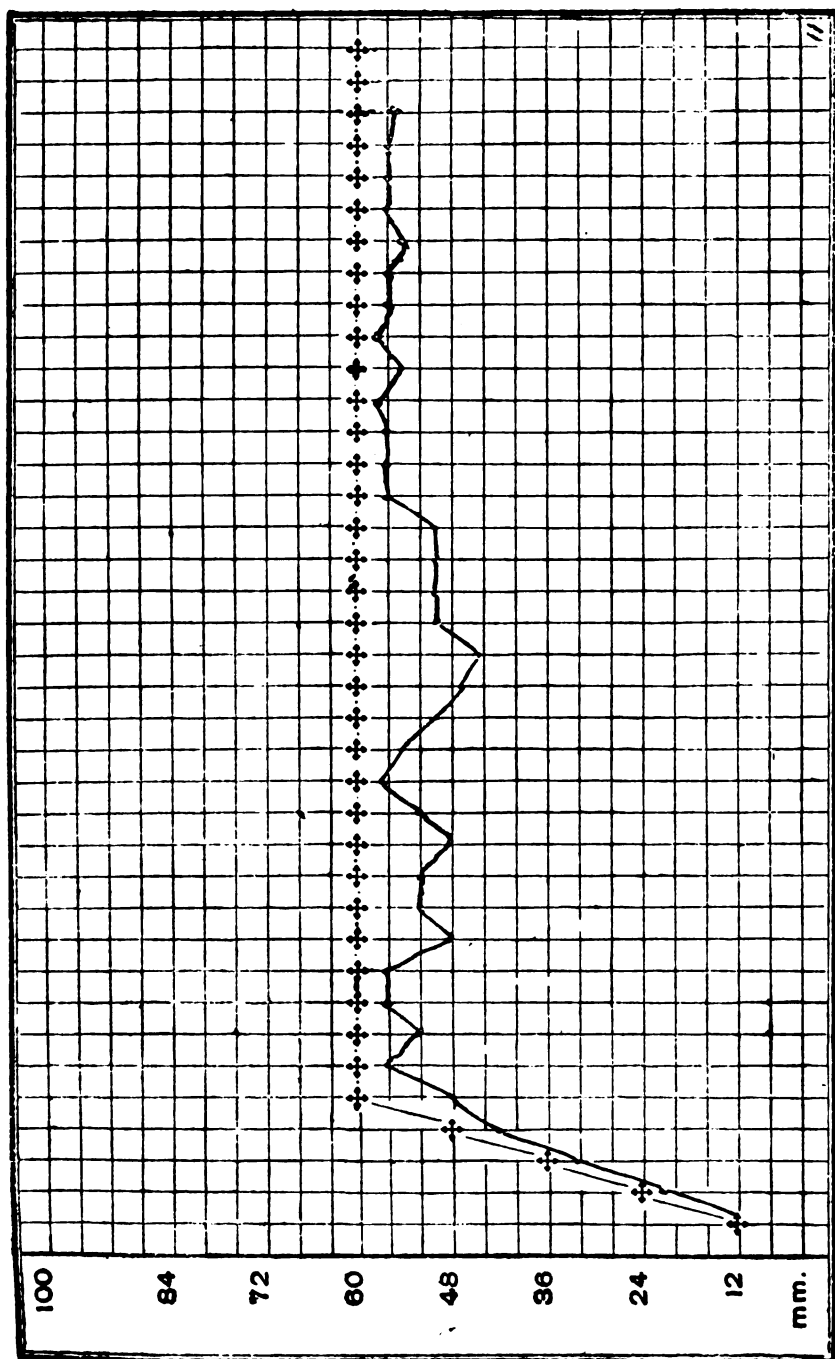
Cognome e nome: F. G. (Paralisi progressiva)

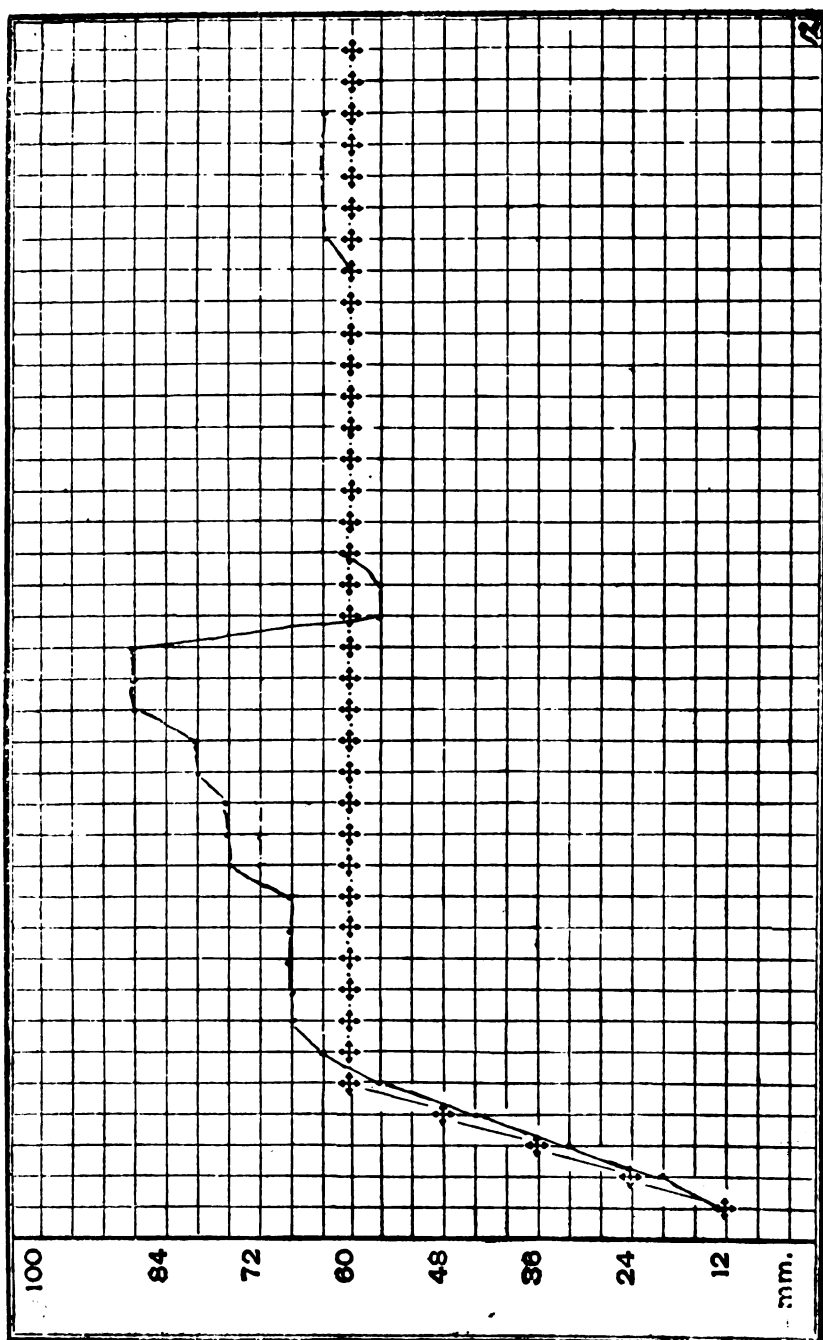
C. S. I. D.= (104 : 104) 1,00

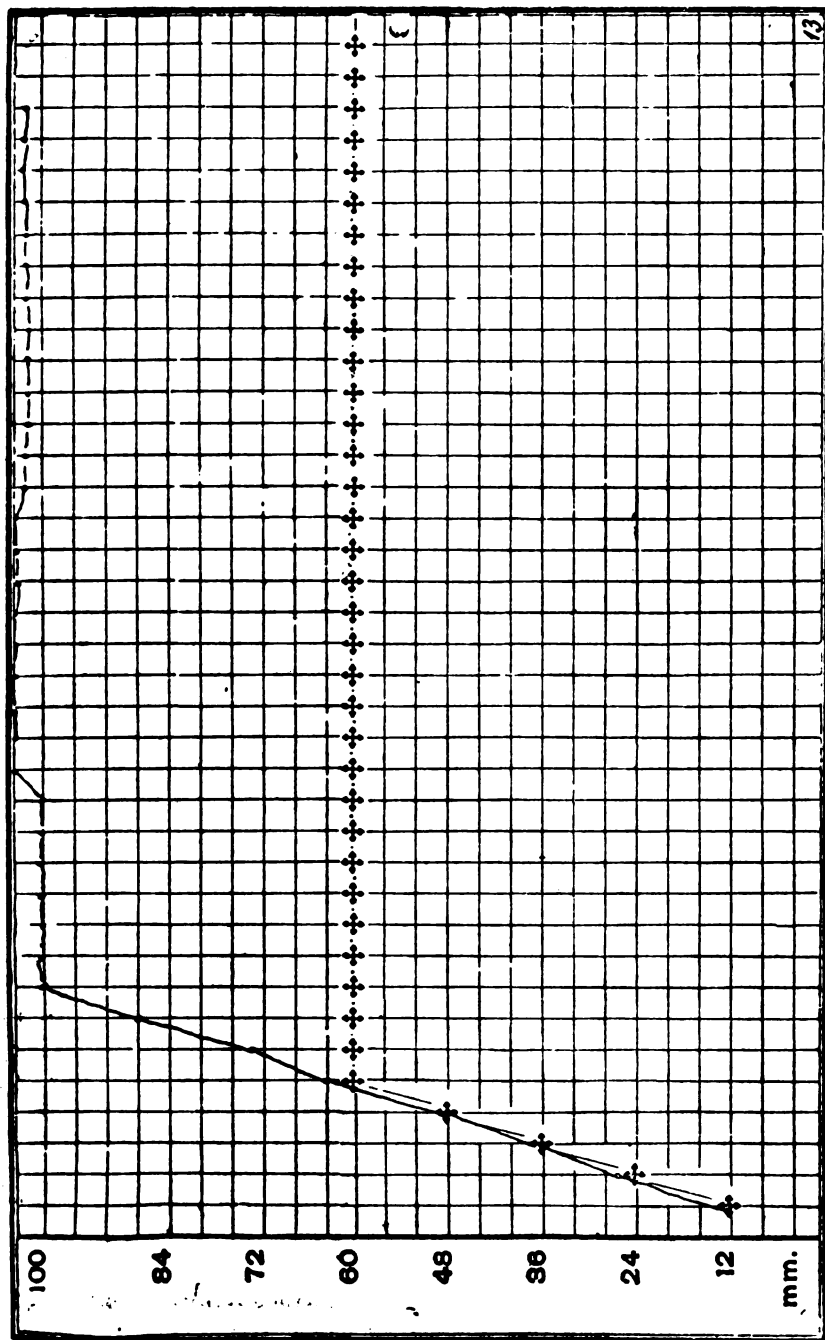
N.° 10 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all' idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: L. A, (Lipemania involutiva)

C. S. I. D. = (60 : 56) 1,07

N.° 11

Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)
Cognome e nome: S. F. (Frenosi maniaco-depressiva, stato intervallare)

C. S. I. D.=(60:48) 1,25

N.° 12
Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)
Cognome e nome: P. C. (Lipemania in isterica)
100
84
72
60
48
36
24
12
mm.
C. S. I. D. = (88 : 56) 1,57

N.° 13 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: B. E. (Eccitamento maniaco)

C. S. I. D. = (104 : 64) 1,62

azione, mentre i freni inibitori tacciano, non v'è che un passo. Ma noi abbiamo potuto precedentemente analizzare nei psicopatici come spesso gli atti della volontà seguano direzioni opposte, quelle cioè dell'indebolimento o della perdita della volontà stessa.

Certo che la grafica del C. S. I. D. riesce a ben differenziare la successione degli impulsi motori del maniaco dal crescendo docilmente apatico dell'imbecille.

Psicastenia

Di tre malati solo uno ha reagito positivamente e marcatamente alla *pseudostufa* ed uno ha dimostrato suggestibilità notevole all'*ipnoscopio*. *Schnyder* esaminando dei neuropatici con un apparecchio simulante un esplorazione elettrica è venuto alla conclusione che i neurastenici sono i più suggestibili (77 °/₀ delle donne e 61 °/₀ degli uomini); seguono poi gli isterici (43 °/₀) più refrattari e finalmente i melanconici ed ipocondriaci (15 °/₀) L'*A.* nota che i neurastenici sono sopratutto suggestibili allorchè sono degli emotivi, degli esseri impressionabili. Negli isterici sarebbe l'indifferenza e lo stato di distrazione, che impedisce loro di essere molto suggestibili; quelli però che lo sono mostrano di provar ben poco in sensazioni soggettive. ma le esagerano con frasi e atteggiamenti teatrali. I melanconici ed ipocondriaci resistono secondo l'*A.* alla suggestione forse per spirito di contraddizione, o per la persuasione radicata della loro incurabilità.

Janet ebbe a sua volta a constatare l'insuggestibilità dei psicastenici, ciò che contrasterebbe coi dati di *Schnyder*, che senza dubbio fra i suoi neurastenici ha compreso di tali malati. *Binet* in proposito osserva che il disaccordo forse è meno sostanziale di quel che sembra, in quanto le suggestioni terapeutiche di *Janet* non sono assolutamente della stessa natura di quelle sperimentali di *Schnyder;* onde consiglia di associare all'esame della suggestibilità per le sensazioni quello della suggestibilità per i movimenti, associandovi l'analisi mentale di ogni caso.

Appunto l'applicazione del *test* di *Binet* ci permette di concludere per la *scarsa suggestibilità sperimentale* dei psicastenici, come pure per quella minima dei melanconici, confermando in questa seconda parte i dati di *Schnyder*.

I tracciati del *test* di *Binet* (cfr. *N. 14* che nella cifra conferma la quasi insuggestibilità all' I. D.) qui pure sono preziosi in quanto fissano chiaramente lo stato di turbamento della attività volontaria, esistente in tutti gli ammalati di psicastenia, fin dall' inizio della malattia.

Scrive *Raymond* « Les psychasthéniques sont primitivement gauches, lents et maledroits. Leurs mouvements, en général, sons inharmoniques, à la fois hésistants, brusques èt inachevés...; les trombles du mouvement s'éscagérent dans les acts qui exigent une adaptation précise et délicate, les actes professionels par exemple; *dans les actes nouveaux*, qui reclament une attention plus grande; *enfin, et peut être surtout,* dans les *actes qui doivent être exécuté devant témoin.....* »

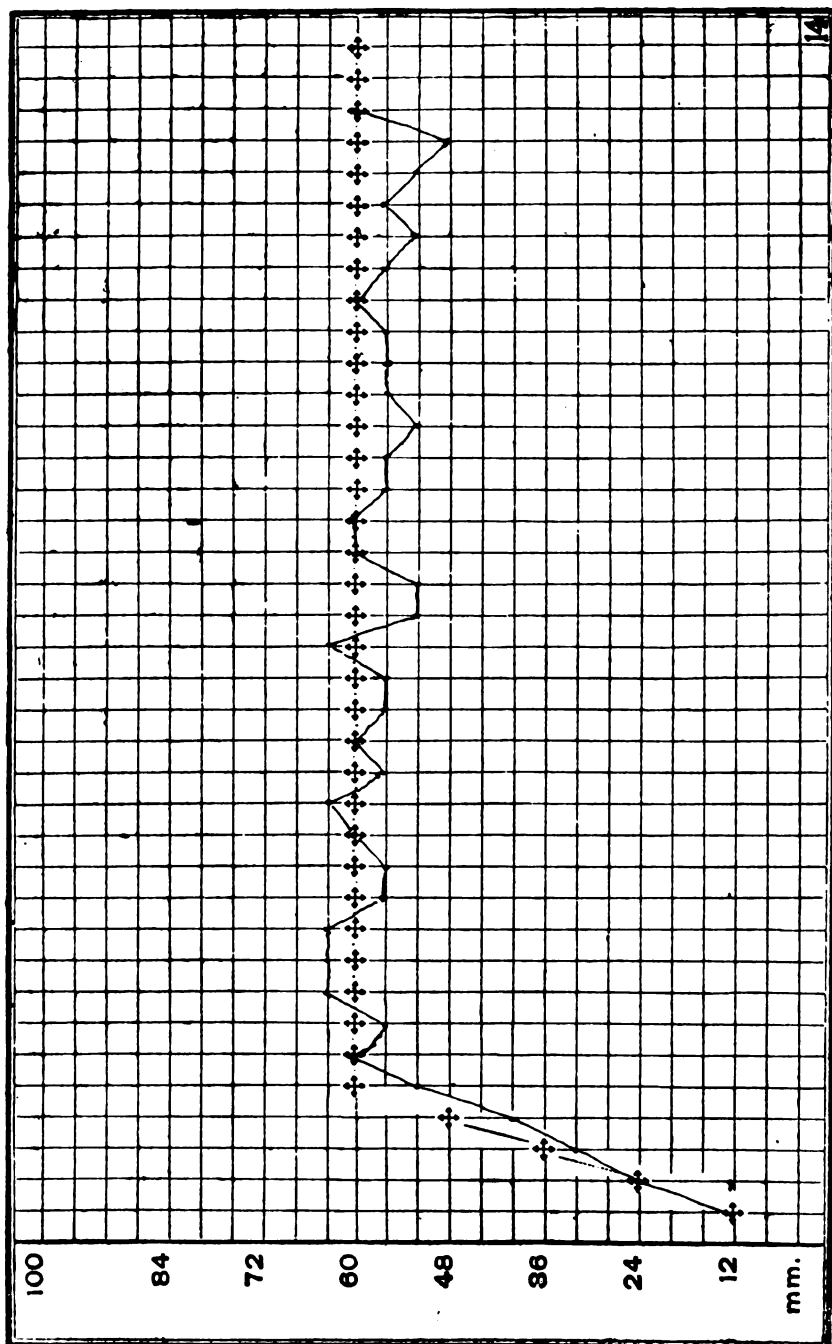
È appunto l'alterazione dell'attività volontaria nel suo senso più ampio, di cui carattere essenziale è quella che il *Raymond* chiama *esitazione psico-motrice*, che nei tracciati del C. S. I. D. (cfr. N. 14) è reso in modo evidente pei psicastenici.

Isteria

Per le nostre isteriche, e qui possiamo riunire i casi puri (3) a quelli in cui c' è innesto (P. R.), o sovrapposizione (L. A.) di altra neurosi o psicosi, noi abbiamo suggestibilità evidente alla *pseudostufa*; mentre all' *ipnoscopio* reagisce positivamente solo una delle tre ammalate affette d' isteria, e ambedue quelle ove si è aggiunta altra malattia del sistema nervoso.

Il *C. S. I. D.* è in tutto al disotto e spesso notevolmente alla norma (che è da 1,21 a 1,30), cosí che abbiamo cifre di 1,00 (S. A.), 1,05 (R. A.), 1,06 (T. G.) 1.06 (L. A.), 1,16 (P· M.); ci si sentirebbe cioè dai risultati di quest' ultimo *test* autorizzati a parlare di una « *insuggestibilità paradossa* » in antagonismo parziale coi risultati dei *tests* precedenti e con quasi tutte le interpretazioni psicopatologiche dell' isteria, ove quasi sempre è ammesso uno stato di *ipersuggestibilità*.

Dissi già come *Schnyder* arrivi ad una proporzione del 43 % di suggestibili per l' isteria, ove si noterebbe maggiore refrattarietà che nella neurastenia; d' altra parte questo *A.* dà maggiore valore alle auto-suggestioni che non alle suggestioni esterne dirette.

N.° 14
Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)
Cognome e nome: M. S. (Psicastenia)
100
84
72
60
48
36
24
12
mm.
14
C. S. I. D. = (64 : 52) 1,23

Nel caso del C. S. T. D, non si dovrebbe forse dai risultati arrivare appunto alla tesi di *Schnyder*, cioè ad ammettere che in certe condizioni (p. e. nel caso di ambiente sperimentale ecc.) nelle isteriche si svelerebbe una certa *resistenza* alle suggestioni esterne dirette?

E allora poichè ciò è provato avvenire nel sonno, ci si potrebbe rapportare alla toeria di *Sollier* che nel suo libro — Genèse et nature de l'hysterie — esprime l'avviso che le isteriche sieno incessantemente immerse in un sonno patologico più o meno profondo che egli chiama « *le vigilanbulisme* », e che sarebbe appunto la causa prima dell' isteria.

Ma *Bernheim* sopprimendo l' isteria come psiconevrosi autonoma e riducendola ai soli attacchi convulsivi, arriva alla concezione di una emotività esagerata patologica, che egli per la comprensibilità aggancia agli stati emotivi normali, così da ritenere gli attacchi convulsivi nient'altro che l'esagerazione d'un fenomeno abituale « d'ordre psycho-physiologique, qu'une émotion vive produit normalment chez tous, réaction que chaque organisme fait à sa facon, suivant la nature et l'intensitè du choc et son individualité régissante ». Nell' isterica la reazione, più intensa, produrrebbe la crisi, perchè tale organismo possiede un apparecchio isterogeno potentissimo, atto ad essere posto in movimento dalle emozioni. Così che egli arriva alla definizione: « L' histérie n' est donc pas una nèvrose primitive; c' est un *reflexe exagéré* chez des sujets *hystérisables* »

Babinski finalmente rigettando l' idea dell' emozione (per *Bernheim* la crisi isterica iniziale è sempre d' ordine emotivo) mentre la suggestione in seguito l' ingrandisce e la moltiplica, ha sostituito l' isteria col pitiatismo, *ove la suggestione è tutto*.

Ciò sarebbe contraddetto, come dissi, dai miei risultati del del C. S. I. D. Noi potremmo quì per la tema di smarrirci nel dedalo delle spiegazioni ipotetiche riferire queste discordarze al fatto delle « *reattività abnormi* » messe in luce per le isteriche da Claparède, Gaupp, Hellpach ecc.; ma è certo di maggior utile tentare di addentrarci un pó di più nell'analisi dei presenti risultati e per questo è bene, richiamandoci al criterio dell' indipendenza dei *3 test* e del pericolo d'errore ove si considerino i risultati aggruppati, vagliare prima i risultati della pseudo-stufa e dell' ipnoscopio, e poi quelli del C. S. I. D.

Precedentemente noi ci siamo accordati sulla proposizione che mette la suggestibilità in rapporto diretto coll' *emotività discreta,* e in vari punti dell'analisi del fenomeno nei psicopatici io ho messo in luce sia pure indirettamente il valore della *attenzione aspettante* nella produzione dei fatti di suggestibilità.

Ora è certo che per la *pseudostufa* e specialmente pel nostro modello ove è raggiunto il massimo di verosimiglianza e quindi di suggestibilità, l'attenzione aspettante, mentre si sente il brontolio della piccola caldaia e poi si vede il fumo uscire dal caminetto, è certo spinta ad un grado abbastanza rilevante, mentre all' introduzione delle dita nel tubo il fatto emotivo emerge (gli è stata appunto preparata opportunamente la via libera dallo stato di attenzione aspettante), e la suggestibilità, certo notevole sempre come stato potenziale nelle isteriche, si trova nella migliore delle condizioni per rendersi palese in tutta la sua intensità.

Per l' *ipnoscopio* data, come nei preliminari ebbi a notare, la bassa mentalità dei soggetti esaminati, devesi tener calcolo di un certo grado di *incapacità* a comprendere il valore dell'elemento suggestivo; se oltre a ciò si considera che il bendaggio degli occhi prima e dopo la prova ipnoscopica e le reiterate prove estesiometriche provocano nelle isteriche facilmente quelle reazioni d' inibizione mentale difensiva, così bene illustrata dal *Claparède*, per cui il disinteresse, la distrazione (reflexes de dégoût psychique) inibiscono una o l' altra idea, l' uno o l'altro concetto motore, si capisce come meno intensi e meno estesi siano stati quì i segni della suggestibilità isterica.

Restano ora sul tappeto quei coefficienti di suggestibilità all'idea direttrice molto più bassi delle medie normali.

Io non credo che sia il caso di riportarci, attraverso alla supposta possibile resistenza per suggestioni esterne dirette, a quella teoria del *Sollier* che accomuna l' isterie pel suo meccanismo quasi ad un sonno, perchè si correrebbe il pericolo di perderci nel campo, sia pure seducente, delle ipotesi, quando si pensi che noi non possediamo ancora, che un'idea imperfetta del meccanismo intrinseco del sonno normale.

È invece sul terreno della suggestibilità, sul cui intervento nella produzione dei fenomeni isterici tutti gli autori sono d'accordo (pur vagliandone l'efficienza in modo diverso)) e che *Babinski* ha indubbiamente avuto il merito di porre nella luce mi-

gliore quale *qualità* inerente alla costituzione isterica, che noi dobbiamo fondare la nostra analisi dei risultati sperimentali, i quali deporrebbero per una insuggestibilità paradossa.

Ora è chiaro che quando si invitano queste ammalate a dare prova « del loro colpo d'occhio », non certo si può calcolare sull'*attenzione aspettante* o *sulla emotività*, come specialmente per la *pseudo-stufa* ed anche per l'*ipnoscopio* ho potuto dimostrare. Non solo difettano questi due fattori cospicui sgombranti la strada dei poteri inibitori alla volontà suggestionata, ma anzi si è nella possibilità di creare in tali soggetti, estremamente eretistici e mutabili, idee di contrasto, stati effettivi di antagonismo alle suggestioni avanzate. Si favorisce cioè la *messa in scena* di quel gusto della controversia, di quello spirito di contraddizione, che contraddistingue il carattere di tali malati.

Un'osservazione di *Babinski* e *Dagnan* qui giunge opportuno di ricordare, perchè ci permette di scoprire le intime ragioni delle paradossale reazione psicomotrice e cioè:

« Ainsi, pour qu'une suggestion agisse sur une hystérique; il faut qu'elle se présente á la malade comme immédiatament liée à sa personalité, qu'elle soit *intéressante pour elle*, qu'elle lui apparaisse en quelque sorte imposeé par les circostances. Ces condictions se rencontrent naturellement avec une plus granda fréquence au cours de la vie de chaque jour et les accidents hysteriques se réalisent par l'auto-suggestion plus souvent et plus facilement que par la suggestion experimentale..... C'est que l'état d'ésprit de l'hysterique suggestionée dans un laboratoire est trés différent de colui d'unc malade à qui les circostances de sa vie ont présente une idée pathologique á réaliser ».

Arriviamo cioè qui (a differenza di quel che avviene per la pseudostufa e per l'ipnoscopio) attraverso la mancanza di compartecipazione affettiva, e la deficienza della preliminare attenzione aspettante, allo stato di disinteresse (*Claparède*) o anche a reazioni antagonistiche riferibili ad un atteggiamento di difesa psichica.

Questa « *défense psychique* » — negativa agli effetti neuropsichici — per *Freud* si identifica da una parte con la « *repressione* » (Verdrängung) nell'incosciente dei fattori traumo-affettivi, destinati a tramutarsi poi in elementi isterogeni; e dall'altra con la « *resistenza* » che l'ammalato — al di fuori della propria volontà — oppone al richiamo, tentato dal psicoanalista, dei « *complessi* » ideo-affettivi sommersi nell'incosciente.

Ad isteria conclamata, la « *resistenza* » — che comunque intesa dalle varie scuole psicologiche realmente esiste — entra con facilità in giuoco quando il medico pone il soggetto sul terreno dell'esperimento psicologico; cosicchè, per ritornare al freudismo, nelle nostre isteriche a suggestibilità paradossa, nulla è di più probabile che l'azione della « *censura* » resti adombrata dalla anzidetta « *resistenza* ».

Così si può intendere l'apparente contraddizione fra i risultati del C. S. I. D. nelle isteriche e la indiscutibile provata loro suggestibilità, e che è riferibile non tanto alla personalità ideovolitiva quanto e sopratutto alla loro personalità affettiva.

I tracciati poi del *test* di *Binet*, se si eccettua quello della S. A. (cfr. N. 15) che riproduce quasi esattamente la grafica nella sua esattezza, mostrano per tutte le altre isteriche quella estrema mobilità (cfr. N. 16), che attacca spesso nello stesso tempo intelligenza, sensibilità e attività volontaria di tali malate, suffragando la definizione del *Sydenham:* « Ce qu'il y a de plus constant chez les hysteriques c'est leur inconstances ».

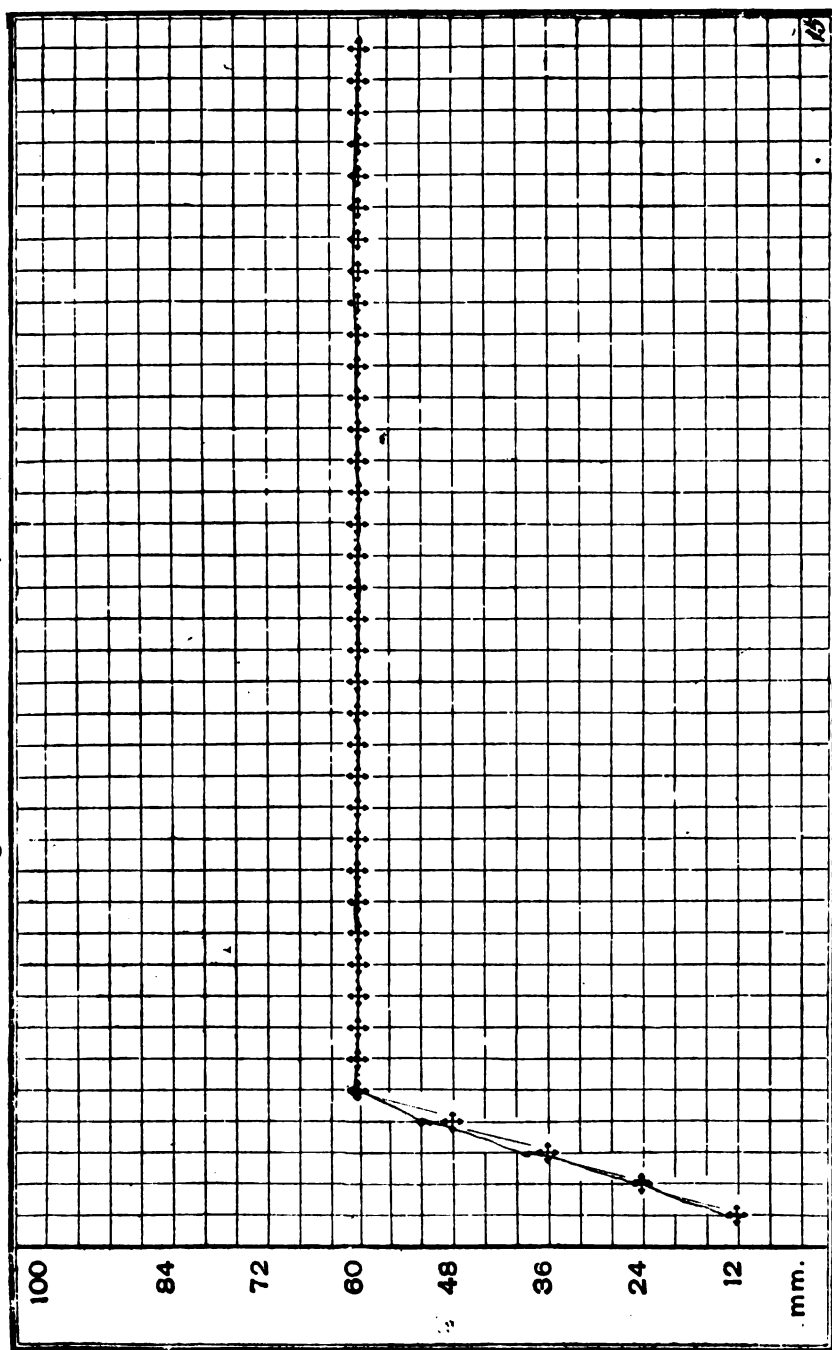
Conclusioni: no.

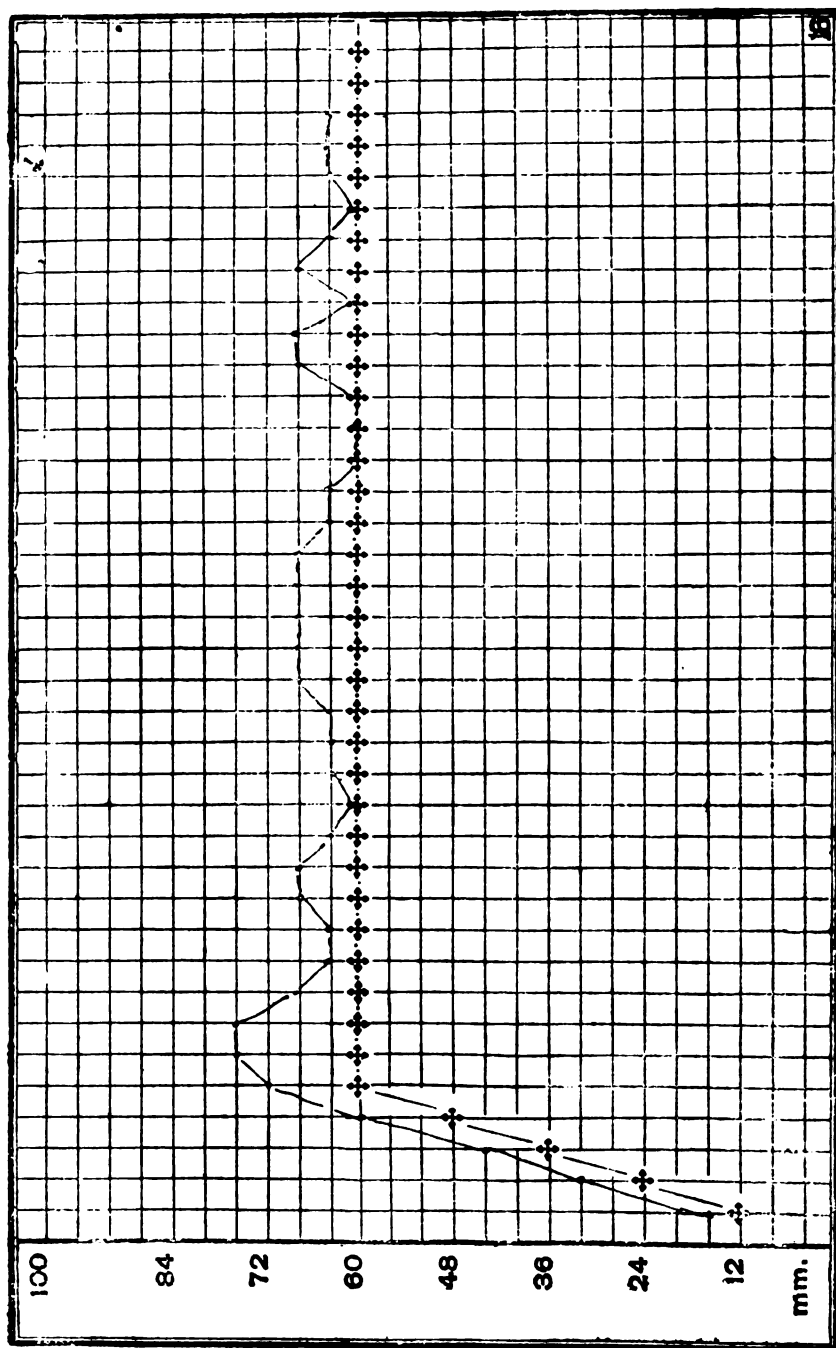
Nei confini delle presenti ricerche ancor una volta — *non est necesse* — si riafferma l'utilità di certe applicazioni della fisiopsicologia sperimentale agli ammalati di mente; la « coscienza morbosa » non è certo un *quid* necessariamente inconfutabile con la coscienza normale, se pure ogni investigazione sperimentale psicopatologica esige una misurata e canta valutazione.

Il riferire l'analisi mentale di ogni malato sottoposto alle esperienze, come il *Binet* opportunamente consiglia per definire la questione della suggestibilità nei psicastenici, nel caso attuale condurrebbe ad appesantire con scarsa utilità la presente nota, ispirata a limiti particolari.

Certamente è lo studio clinico accurato di codesti malati, e la conoscenza con amore approfondita del loro stato, che mi hanno servito, quale sfondo mentale, mentre dai dati delle esperienze passavo alle riferite osservazioni.

Con gli esperimenti di suggestibilità ai tre *tests* nei psicopatici, attraverso il sentimento e la conoscenza che precedono e preparano la volontà, attraverso l'attenzione, che della volontà è un atto, noi abbiamo avuto campo di addentrarci nella patologia della volontà stessa, di cui abbiamo per gruppi di malattie

N.° 15
Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)
Cognome e nome: S. A. (Isteria)
100
84
72
60
48
36
24
12
mm.
C. S. I. D.=(60:60) 1,00

N.° 16 Ricerca del coefficiente di suggestibilità all'idea direttrice (Test di Binet.)

Cognome e nome: R. A. (Isteria)

C. S. I. D.= (76 : 72) 1,05

cercato di illustrare le alterazioni, fossero di indebolimento, di perdita, o di pervertimento.

Non nel senso grossolano e primitivo d' un legame stretto, meccanico fra il principio e la fine d' una serie consecutiva di fenomeni, ma nel senso di legge di sovrapposizione profonda ed intima che lega gli atti motori col sistema degli atti della serie sensoriale, ci sembra sempre esatta la definizione di *Meynert*: « l'atto volontario non è che un riflesso che è trasportato dal midollo al cervello, ove esso riproduce le stesse fasi, non per una sola via ma per parecchie ».

Si capisce come la qualità della lesione e la quantità di vie intaccate (il procedere incessante delle fini ricerche cito e mielotectoniche e biochimiche permette di pensare sempre più anatomicamente e fisiologicamente) generino i varî tipi patologici di volontà, di cui per certe psicopatie, ho brevemente illustrato le reazioni sperimentali.

LIBRI E MEMORIE CONSULTATI

BABINSKI — Sur le définition et la nature de l'hysterié — Genève 1907.
id. — Émotion, suggestion, hystérie — C. R. de la Soc. Neurol. de Paris 1907.
id. et DAGNAN — Émotion et hystérie — Journal de Psychologie. 1912.
BECHTEREW — Examen physiologique objéctif des malades mentaux — in Traité internat. de Psych. Path. Tome 1. Paris 1910.
BERNHEIM — De la suggestion — Paris 1911.
BINET et SIMON — Méthodes nouvelles pour faire le diagnostic différentiel des anormaux de l'intelligence — Année psychologique 1905, Paris.
id. — L'intelligence des imbéciles — id. 1909.
id. — Hystérie id. 1910.
BINET — La suggestibilité, Paris 1912.
BLONDEL — La conscience morbide — Paris 1914.
CHOPECKI — Contribution à l'étude de la suggestibilité — Archives de Psychologie 1911.
DENY et LHERMITTE — Les démences précoces—in Traité internt. de Psych. path. — Tome II. 1911.
DUBOIS — Les Psychonévroses — Paris 1905.

FERRARI — Examen médico-psychologique des arriérés — in Traité int. de Psych. path. T. I. 1910.

GUIDI — Recherches expérimentelles sur la suggestibilité — Archives de psychologie, 1908.

GUIRAND — L'hystérie et la folie hystérique — Ann. méd-psychol. 1913.

MORSELLI — Il magnetismo animale — Torino 1886.

MAIRET et MARGAROT — Dégénérescence mentale et hystérie — Encéphale 1913.

VIGOUROUX et JUQUELIER — La contagion mentale — Paris 1915.

RAYNCOND — Hystérie — Traité intern. de Psych. path. T. II. 1911.

SAXINGER — Gefühlssuggestion und Phantasiegefühl — Zeitschr. für Psychologie 1908.

SCHNYDER — L'examen de la suggestibilité chez les nerveux — Archives de psychologie 1914.

SIKORSKY — La mentalité morbide au point de vue psychologique —Traité intern. de Psych. path. T. III. 1912.

SOLLIER — Génèse et nature de l'hystérie — Paris 1899.

WALTER SCOTT — Personnal differences in suggetibility — The Psychological Review, 1910.

A. MAEDER.—Sur le mouvement psychanalytique. Un point de vue nouveau en psychiatrie — L'Année psychologique 1912.

E. RÉGIS et A. HESNARD. — La doctrine de Freud et de son école — Encéphale — avril-mai 1913.

P. JANET. — La Psycho-analyse — Journal de Psychologie n.° 1-2, 1914.

S. FREUD. — Sulla Psicoanalisi — Il Manicomio — n.° 1-2-3, 1914.

E. MORSELLI. — Presunta eterogeneità della coscienza morbosa — Quaderni di Psichiatria n.° 6, 1914.

S. DE SANCTIS. — La psicoanalisi e il suo valore come metodo dell'onirologia scientifica — Quaderni di Psichiatria n.° 7, 1914.

LEVI BIANCHINI. — Psicoanalisi ed Isterismo — Manicomio n.° 1, 1913.

Dott. E. BERTHOLET
(*Losanna*)

EREDITÀ ED ALCOOLISMO

Ricerche sperimentali e osservazioni critiche

(con la tavola XVII e 2 figure nel testo)

I. Esperienze sui vertebrati inferiori (Pesci)

Le ricerche intraprese da *Stockard* sulla discendenza di animali cronicamente alcoolizzati hanno offerto dei risultati del più alto interesse, e che concordano perfettamente con quanto già sappiamo sulla *blastoftoria alcoolica*, descritta originariamente da *Forel* e confermata in seguito dai lavori di *Bunge*, *Laitinen*, *Nicloux*, *Schweighofer*, *Bertholet* ed altri (1).

Le prime esperienze di *Stockard* (2·3) datano dal 1910 e riguardano anzitutto l'azione dell'alcool etilico diluito sulle uova di pesce di mare (Fundulus heteroclitus).

L'A. procedeva nel seguente modo. Si preparavano delle soluzioni alcooliche al 2 %, 3 %, 4 %, fino 10 %: in 60-cc. di ciascuna di queste si ponevano 60-100 uova che si trovavano nel primo stadio di segmentazione (4-8 cellule). Le soluzioni alcooliche forti uccidevano tutte le uova: quelle più deboli, dal 3 % al 9 % davano i migliori risultati per la dimostrazione della blastoftoria. Con la soluzione al 3 % si trovava già, in media, il 90 % di pesciolini portatori di deformità oculari: su 149 uova poste in soluzione al 5 %, si trovarono 146 embrioni con deformazioni e mostruosità oculari diverse, mentre 3 individui soltanto presentavano i due occhi separati.

Le uova soggiornavano da 24 a 36 ore nell'acqua di mare alcoolizzata: venivano quindi immesse nell'acqua di mare pura; ovvero, dopo essere state alterate in origine dal contatto dell'alcool, continuavano a svilupparsi in modo anormale.

Le principali lesioni osservate riguardano gli organi di senso ed il sistema nervoso. Gli occhi sono quelli che presentano le anomalie più numerose e frequenti: sia nella forma, che nel numero e posizione. In molti casi i due occhi erano saldati insieme,

costituendo così un mostro ciclopico; in altri soggetti erano inegualmente sviluppati, malconformati, a curvature irregolari, in posizione anormale e asimmetrica: o troppo a destra o troppo a sinistra, ora troppo in alto ora troppo in basso. Queste alterazioni si poterono dimostrare nel 90-98 °/₀ dei casi.

Anche lo sviluppo delle orecchie è sospeso: in alcuni soggetti riesce impossibile riconoscere la presenza di organi uditivi: in altri si trova una sola orecchia interamente sviluppata, mentre l'opposta è atrofica o anomala. Un fatto notevole è che in tutti i casi in cui si osservava un arresto di sviluppo, l'orecchio meglio conformato corrispondeva all'occhio rimasto normale.

Il cervello è in generale piccolo, puntuto e conferisce alla testa una forma stretta caratteristica. Casualmente l'A. trovò un'ernia cerebrale sulla faccia dorsale del cervello: l'esame microscopico rivelava in questa delle regioni di cellule non differenziate. In molti casi il midollo presentava pure anomalie fra le quali, non rare, la spina bifida e la corda dorsale multipla.

Stockard riconosce che le citate alterazioni del sistema nervoso non sono strettamente caratteristiche e specifiche all'alcool; ma se altri agenti possono provocare delle lesioni similari, devesi convenire che le degenerazioni morfologiche determinate dall'avvelenamento etilico sono notevolmente più frequenti e numerose. Del resto questi dati sperimentali concordano con l'osservazione diretta dell'uomo: sul quale l'alcool determina a preferenza delle lesioni più o meno pronunciate del sistema nervoso e sembra quindi essere dotato, di fronte a questo, di un'azione elettiva.

II. Esperienze sui mammiferi (cavie)

Nelle prime esperienze citate, l'alcool veniva ad agire direttamente sulla cellula germinativa; uovo: si era dunque in diritto di concludere che l'alcool provoca direttamente la degenerazione delle cellule riproduttive.

Nei mammiferi invece, nei quali lo sviluppo dell'uovo si compie in seno alla madre, il problema è più complesso e può dar luogo a due eventualità. O l'alcool agisce pure direttamente sulle cellule riproduttrici bagnate dal sangue alcoolizzato allo stesso modo come le uova di pesce lo sono nell'acqua di mare alcoolizzata: oppure il tossico non agisce direttamente sulle sole

ghiandole riproduttrici, ma provoca dei disordini in altri organi ancora, e solo per contraccolpo questi disordini inducono, secondariamente, delle alterazioni più o meno estese degli elementi riproduttori.

Stockard ritiene che l'alcool sia la sostanza più adatta a dimostrare gli effetti della blastoftoria perchè non provoca delle degenerazioni estese di altri organi negli animali da esperimento i quali, durante il periodo dell'alcoolizzazione si mantengono vigorosi e robusti: alcuni perfino si ingrossano ed ingrassano.

Tutti gli animali erano di stipiti sani e robusti: ognuno di essi era capace di avere una discendenza normale, in base ad esatti controlli preventivi.

Inizialmente *Stockard* tentò di introdurre l'alcool con i cibi o con la sonda gastrica: ma tali metodi si dimostrarono difettosi ed egli ricorse allora all'alcoolizzazione, per mezzo dell'inalazione di vapori di alcool diluiti nell'aria respirata, analogamente a quanto avevo fatto io pure nelle mie ricerche.

La descrizione del modo con cui reagiscono le cavie sottoposte ai vapori di alcool collima, in massima, con quanto io ho potuto osservare sui miei ratti bianchi.

La maggior parte degli animali restano immobili, russano e talvolta si assopiscono. Certi individui invece si eccitano e si agitano violentemente nella gabbia: diventano cattivi ed assalgono i compagni che subiscono insieme a loro il trattamento alcoolico. Questa variabile azione sperimentale dell'alcool sugli animali corrisponde del resto molto bene a ciò che si osserva nell'uomo.

Durante la prima settimana si produce una lagrimazione abbondante: il naso e la bocca sono molto umidi finchè la secrezione diminuisce a lungo andare per virtù di adattamento. La congiuntiva oculare è pure molto irritata: si formano spesso delle chiazze biancastre che scompariscono poco a poco nel corso dell'esperienza. Gli animali sopportano benissimo questo trattamento e sembrano normali (« are in all respect apparently normal »), guadagnano in peso. Molti di questi furono sacrificati dopo 15-32 mesi di esperienza: i visceri e le ghiandole riproduttrici, esaminati con ogni cura, apparvero normali (?) (« The lungs, liver, stomach, intestines, kidneys, reproductive glands, brain and all other parts appear perfectly normal. »).

I risultati dell'osservazione sembrano dunque indicare che questi animali si mantengono in buone condizioni: la sola azione

dannosa molto netta dell'alcool si manifesterebbe in tare più o meno profonde e multiple della discendenza: ciò che dimostra sin d'ora quale temibile veleno, per la razza, sia l'alcool.

Stockard istituì quattro serie di esperienze, i cui risultati (quadro I) sono i seguenti:

1. *Risultati dell'accoppiamento di maschi alcoolizzati cronicamente con femmine sane.*

59 tentativi di accoppiamento furono fatti in questa categoria, di cui 25 furono sterili o seguiti da aborti prematuri: vi furono 8 gravidanze di nati morti con un totale di 15 piccoli morti. 26 gravidanze arrivarono a termine: ma 21 piccoli morirono poco dopo la nascita e 33 soli sopravvissero: si trattava di esseri venuti al mondo prematuramente, con pelo raro, disseminato e ad occhi chiusi. Di quelli morti poco dopo la nascita la maggior parte presentava varie alterazioni funzionali del sistema nervoso: molti erano colpiti da convulsioni e da crisi epilettiche. Questa prima serie sperimentale ha grande importanza: perchè dimostra nettamente l'azione blastoftorica dell'alcool sul solo germe paterno, lo spermatozoo, poichè la femmina è, in tale esperimento, perfettamente sana e normale.

Riproduco, a titolo di documento, due fotografie che dimostrano, ciascuna, due piccole cavie; l'una nata da genitori alcoolizzati, l'altra da genitori sani.

La prima fotografia (fig. 1 tav. XVII) fa vedere, a destra, la statura di una piccola cavia nata da genitori normali. Quantunque più giovane di un mese, di quella di sinistra, è già più grossa e pesa 147 grammi. La cavia di sinistra discende da un padre alcoolizzato e da una madre sana, e per quanto abbia un mese di più, pesa solo 134 grammi.

La seconda fotografia (fig. 2 tav. XVII) dimostra lo stesso fatto. La piccola cavia nera di sinistra pesa 132 grammi e discende da un padre alcoolizzato e da una madre sana. L'animale di destra è il prodotto di genitori sani, e per quanto abbia solo 10 giorni di più del primo, eredo-alcoolico, pesa già 221 grammi.

QUADRO I.

NATURA DELL' ESPERIENZA	Numero degli accoppiamenti	Risultati negativi o aborti prematuri	Gravidanza di nati-morti	Numero dei nati-morti	Gravidanze di nati-vivi	Morti dopo la nascita	Sopravvissuti
Prima Generazione							
1. Maschio alcoolizzato con femmina normale. . .	59	25	8	15	26	21	23
2. Maschio normale con femmina alcoolizzata . .	15	3	3	9	9	9	10
3. Maschio alcoolizzato con femmina alcoolizzata .	29	15	3	6	11	7	9
4. Femmine alcoolizzate durante la gestazione . .	4	0	0	0	4	1	7
Seconda Generazione							
1. Soggetti della 2ª generazione con soggetti normali.	3	0	0	0	8	0	4
2. Soggetti della 2ª generazione con soggetti alcoolizzati	3	0	2	5	1	0	2
3. Maschi della 2ª generazione con femmine della 2ª generazione non alcoolizzati	19	7	0	0	12	6	13
Controlli con soggetti non alcoolizzati							
1. Maschio e femmina normali	35	2	1	4	32	4	56

Queste differenze ci sembrano tanto sensibili da non richiedere alcun commento.

2. *Risultati dell'accoppiamento di maschi normali con femmine alcoolizzate.*

Sono stati fatti 15 tentativi: 3 sono rimasti sterili: 3 furono le gravidanze di nati morti con 9 piccini; 9 gravidanze arrivarono a termine, con un totale di 19 piccini di cui 9 morirono poco dopo la nascita.

3. *Risultati dell'accoppiamento di femmine e di maschi alcoolizzati.*

Su 29 tentativi, 15 ebbero risultato negativo. Vi furono oltre a ciò 3 gravidanze di nati-morti con un totale di 6 piccini: e 11 a termine con 16 individui: di cui 7 morirono poco dopo la nascita e solo 9 sopravvissero. Questi ultimi presentavano alterazioni e malformazioni specialmente del treno posteriore: erano poi individui assai piccoli ed eccitabili. E' dunque l'azione combinata dell'alcoolismo paterno e materno quella che si rivela come la più nefasta per la discendenza.

4. *Risultati dell'alcoolizzazione delle femmine durante la gestazione.*

Queste esperienze sono interessanti per risolvere il problema del momento in cui l'alcool produce i più gravi disordini nella discendenza; se prima o dopo il concepimento, all' inizio o nel corso di sviluppo dell'embrione.

Stockard praticò in tutto 4 tentativi, che diedero luogo a 4 gravidanze, formanti un totale di 8 piccini, di cui uno nato-morto.

Si può concludere da queste constatazioni (un pò scarse) che l'alcool è meno pericoloso per l'embrione già sviluppato, che non per gli elementi riproduttori stessi.

III. ESPERIMENTI DI CONTROLLO

Su 32 tentativi di accoppiamento di animali non alcoolizzati, 2 non diedero risultato: vi fu ancora 1 gravidanza di 4 nati-morti: invece 32 gravidanze arrivarono a termine con *56*

piccini vivi e ben conformati, di cui 4 soltanto vennero a morte poco dopo.

Stockard istituì in seguito un secondo gruppo di esperienze con i soggetti nati dalla prima generazione ottenendo pure, con questa seconda generazione di soggetti già tarati, dei risultati molto interessanti.

I. Tre tentativi *di accoppiamento di piccoli eredo-alcoolici con soggetti normali* diedero buoni risultati; cioè 3 gravidanze con 4 soggetti vivi. In questo caso possiamo dire che le degenerazioni o deficit dei piccoli eredo-alcoolisti sono stati perfettamente compensati ed equilibrati dall'innesto di uno stipite normale, vigoroso e non alcoolizzato.

II. *Accoppiamento di soggetti eredo-alcoolici con animali alcoolizzati.* I risultati sono già molto meno favorevoli. Tre tentativi diedero luogo a 2 gravidanze di 5 nati-morti di cui uno con gravi deformità. Una sola gravidanza arrivò a termine, con 2 superstiti.

Si può dunque ritenere tali risultati come i più disastrosi per la discendenza.

III. 19 tentativi di *accoppiamento di maschi eredo-alcoolici con femmine eredo-alcooliche.* Anche qui i risultati sono cattivi, a malgrado gli animali non fossero stati sottomessi al trattamento alcoolico diretto. Su 19 tentativi; 7 hanno fallito. cioè il 37 %, 12 gravidanze arrivarono a termine con 19 nati di cui 6 morti poco dopo; cioè il 32 %. Un piccino non aveva occhi e presentava deformazioni. Nei superstiti comparvero, poco dopo la nascita, disordini nervosi di vario genere.

Queste esperienze dimostrano chiaramente che l' alcoolizzazione degli elementi riproduttori dei genitori induce nei figli delle tare che possono venir trasmesse alle generazioni successessive.

L' A. cerca di spiegare questa persistenza delle tare nei discendenti della seconda generazione col fatto che le cellule riproduttrici (uovo o spermatozoide) alterate dall' alcoolismo dei genitori originano, per coniugazione, degli embrioni di cui tutte le cellule sono egualmente tarate o di minore resistenza, perchè derivano tutte da una cellula iniziale tarata. Non può quindi sorprendere se anche le cellule riproduttrici indebolite degli individui appartenenti alla 2.ª generazione, dànno egualmente dei prodotti di cattiva lega.

Non si tratta oltre a ciò di trasmissione di caratteri acquisiti nel vero senso della parola: poichè noi assistiamo piuttosto alla genesi di una cellula debole, originata da un'altra, pur essa debole. Così la trasmissione del labbro leporino, della gola di lupo (palatoschisi) in una famiglia, non è una vera trasmissione di caratteri acquisiti, ma la derivaziane diretta dei caratteri di un gruppo di cellule indebolite, nello stesso gruppo di cellule dei soggetti discendenti.

Stockard conchiude ancora che « *continuando ad accoppiare degli animali alcoolizzati non v' è dubbio che il risultato sia l'estinzione della razza* ». Se invece si incrociano dei discendenti eredo-alcoolici con animali sani non alcoolizzàti, si possono arrivare ad eliminare completamonte, per compensazione, le tare della degenerazione alcoolica.

Su *119* nati a termine (rimasti vivi o nati-morti) da soggetti alcoolizzati, 52 soltanto, cioè il *43,7* % sopravvissero: mentre dei 64 nati da genitori normali, ne sopravvissero 56, cioè lo *87.5* %.

Le alterazioni indotte dal trattamento alcoolico, sulla discendenza, non hanno presentato dei caratteri specifici o nettamente definiti: devesi notare tuttavia che i più offesi apparvero il sistema nervoso centrale e gli organi di senso, analogamente a quanto si osservò sulle uova di pesce trattate con acqua marina alcoolizzata.

Ad ogni modo, tutte queste tare degenerative dipendono da uno sviluppo embrionale difettoso, o da un arresto nell' evoluzione intrauterina dell'individuo.

IV. Discussione

Mi sembra che *Stockard* sia un pò troppo riservato nelle sue conclusioni, quando afferma che occorrono ancora esperienze ben contrallate e definitive per dimostrare l' azione dell'alcool sulla discendenza dei mammiferi: mentre io credo che la somma di fatti clinici e sperimentali finora raccolta sia oramai più che sufficiente per metterne in evidenza l'azione nefasta e deleteria. Ma io credo necessario fare ancora dei rilievi e delle piccole restrizioni che i lavori di *Stockard* stesso mi suggeriscono.

Anzitutto mi sembra troppo affrettata l'affermazione di una azione puramente funzionale dell'alcool sulle cellule riproduttric[i]

e sugli altri organi dell'economia animale solo perchè animali di esperimento non presentarono alterazioni organiche visibili e lesioni istologiche rilevabili: io avrei voluto—a questo proposito—che l'A. indicasse con maggiore esattezza la tecnica da lui usata per arrivare ad una simile negativa constatazione.

Sta il fatto che l'osservazione sull'uomo e sugli animali da esperimento ha dimostrato precisamente il contrario, e cioè che l'alcool esercita un'azione nociva ben nota sui vari organi dell'economia, che sono alterati sia nelle loro funzioni fisiologiche che nella loro struttura morfologica, come risulta con tutta evidenza dalle mie constatazioni anatomo-patologiche. E' ben vero che nel suo ultimo lavoro *Stockard* (3) sembra rinunciare in parte all'idea troppo assoluta dell' innocuità dell'alcool sulla struttura delle cellule e degli organi di animali alcoolizzati, organi che egli comincia già a ritenere come sub-normali (below normal).

Del resto questa mancanza di reperti si può spiegare facilmente con la tecnica usata. *Stockard* stesso ci dice che i suoi animali erano tutti di razza robusta, che l'alcoolizzazione durava appena 1 ora al giorno e che non arrivava mai alla completa ebbrezza tossica dei soggetti. Adoperando delle dosi più forti, come ho fatto io, cioè spingendo l'intossicazione più innanzi fino all' ebbrezza completa, non c' è dubbio che l'A, avrebbe repertato le stesse alterazioni organiche che io ho potuto ottenere sui ratti bianchi. E' noto del resto che uomini di razza robusta non ancora alcoolizzata, sono meno sensibili all' azione dell' alcool: nessuna sorpresa dunque che lo stesso fatto si verifichi nell'animale in cui, naturalmente, non esiste alcuna eredità alcoolica atavica.

Per converso, se si prendono degli animali eredo-alcoolici e si sottomettono all'alcoolizzazione, i risultati ottenuti appariscono ancor più evidenti e disastrosi: così almeno risulta dalle mie ricerche sperimentali (pur troppo non molto numerose) e, pare, anche dalle conclusioni cui *Stockard* stesso arriva nel suo ultimo già citato lavoro (4) Ed infine la non esistenza di lesioni organiche — ammesso che sia dimostrabile — non esclude l' istituzione di disordini funzionali, fisiologici, più che sufficienti per alterare secondariamente, per opera delle lesioni ricambiali indotte, la nutrizione e la funzione delle cellule riproduttrici.

Voglio ancora rilevare che l'A. mi sembra un pò troppo preoccupato di ricondurre tutti i disturbi riferibili all' alcool, a

lesioni degli organi di senso e del sistema nervoso centrale, come è lecito arguire dalla lettura dei minuziosi reperti descritti nei pesci.

V.

ESPERIENZE PERSONALI

Le mie esperienze personali sono state condotte sui ratti bianchi, alcoolizzati con i vapori di alcool per un periodo di tempo variabile da una settimana ad un anno e mezzo: i ratti venivano quindi sacrificati e si eseguiva l'esame macroscopico ed istopatologico dei vari organi.

L'alcoolizzazione degli animali sotto una campana di vetro bene aereata e carica di vapori di alcool etilico si faceva, di regola, 5 giorni per settimana: 3-4 volte alla settimana spingevo l'alcoolizzazione fino all'ebbrezza profonda: di tanto in tanto ritiravo gli animali quando erano addirittura ubbriachi morti. La durata dell'alcoolizzazione variava da trenta minuti ad un'ora o un'ora e mezza: eccezionalmente a due ore: e ciò per avvicinare il più possibile la tecnica sperimentale alla modalità di alcoolizzazione dell'uomo che varia, di giorno in giorno, le quantità di alcool ingerito.

Occorrevano in media circa 4-5 ore agli animali ubbriachi-morti per rimettersi *apparentemente* e per circolare nella gabbia senza fenomeni di incoordinazione motrice. Si osservarono del resto anche in questi, come nell'uomo, delle grandi variazioni individuali nella reattività all'alcool.

I miei animali, lungi dall'aumentare in peso come quelli di Stockard, sono rimasti generalmente stazionarii; dopo aver presentato, all'inizio del trattamento, una diminuzione in peso molto caratteristica. L'alcoolizzazione intensiva ha avuto per effetto di rendere sterile la maggior parte dei soggetti.

Nell'avvelenamento acuto di 3-5 giorni ho rilevato, all'autopsia, anzitutto una marcata vasodilatazione con stasi sanguigna di tutti gli organi (iperemia); quindi una netta degenerazione grassa del fegato che appariva leggermente ingrandito e un pò più pallido che d'ordinario. Negli animali sacrificati dopo un'alcoolizzazione prolungata e quando la loro salute appariva definitivamente alterata, ho trovato, all'autopsia, stasi venosa del

fegato con infiltrazione cellulare, reni iperemici e lievemente iperplasici. I testicoli erano fortemente atrofici, gli spermatozoi quasi totalmente scomparsi: in tutti i casi, infine, esisteva una alterazione molto netta del cuore, consistente in atrofia bruna, presso alcuni soggetti, e in ipertrofia cordis in altri (fig. 3, 4, 5, 6 tav. XVII). All' esame istologico ho potuto, in tutte le sezioni, osservare focolai molto netti, spesso estesi, di miocardite fibrosa (fig. 1-2 nel testo) (5).

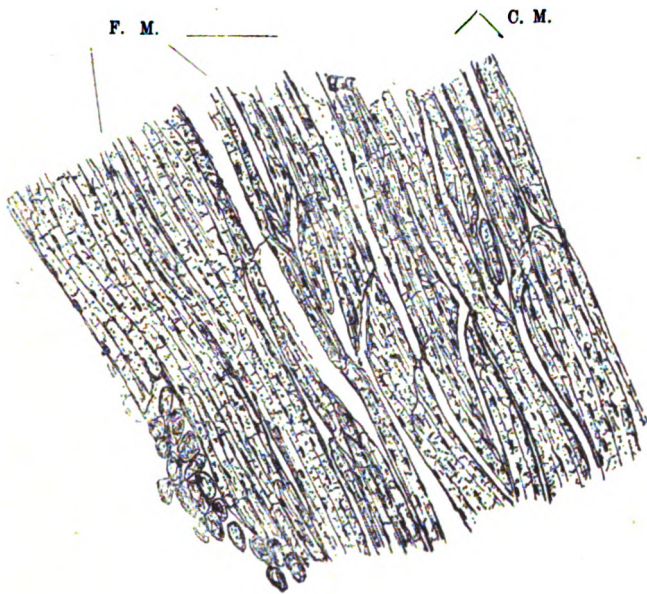



Fig. 1.

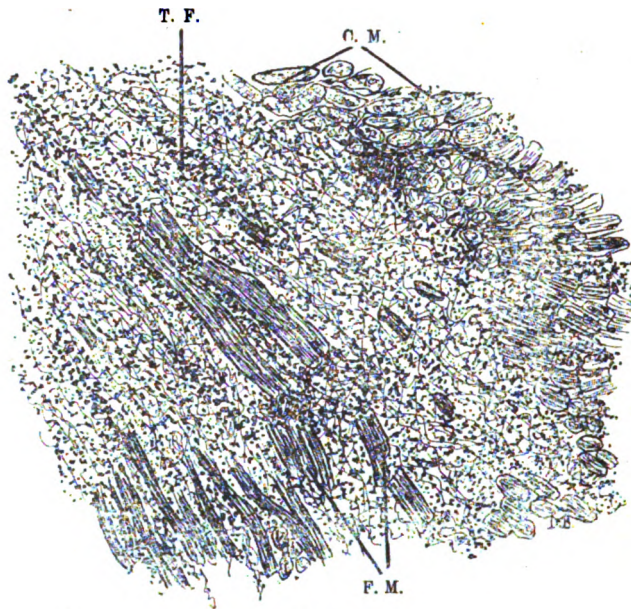



FIG. 2.

È quindi più che probabile, che le stesse lesioni da me osservate nei ratti bianchi si possano riprodurre nelle cavie: e mi sembra ancora dimostrato che *quanto più l' intossicazione è, nei giovani soggetti, precoce, tanto più l'effetto dell'alcool si fa sentire in maniera netta e profonda.*

Voglio infine rispondere ad una critica fatta da *Stockard* e da altri autori ai miei risultati che dimostrano come l'azoospermia totale esista nel 55 % degli alcoolisti cronici, e, quasi totale, nel 31 % degli stessi.

Stockard obietta che gli alcoolisti hanno molti figli, ciò che non collimerebbe affatto con l'incapacità procreativa da me asserita. Debbo osservare, a questo proposito, che le cifre suesposte si applicano ad alcoolisti morti per alterazioni dovute all'alcool stesso o a malattie intercorrenti: a soggetti cioè che hanno sperperato tutte le forze dell'organismo e nei quali un'atrofia testicolare non è affatto sorprendente. Ma per di più, l'età di morte di questi individui varia dai 30 ai 55 anni, non è dunque impossibile che questi bevitori abbiano avuto precedentemente cura di procreare a tempo debito, per non far perdere la loro buona semenza: quando non si voglia ancora tener conto che l'alcool

dà la stura a tutte le passioni ed eccita molto di frequente il desiderio sessuale.

Per rendersi esatto conto del numero degli alcoolisti vivi incapaci di procreare, basta consultare le grafiche da me raccolte (6) degli alcoolisti morti per infortuni o per ictus: soggetti che, pur avendo ancora, in apparenza, una certa provvista di energía vitale, presentavano già il 17 % di soggetti azoospermici: mentre i soggetti a ghiandole riproduttrici gravemente tarate e con pochissimi spermatozoi arrivavano alla cifra enorme del 52 % dei casi studiati. E sono appunto questi individui i più pericolosi per la razza; perchè capaci ancora di riprodurre e di generare dei soggetti infallibilmente tarati e degenerati. Le mie cifre, adunque, lungi dal contraddire l'osservazione clinica, la illuminano e la integrano.

Queste osservazioni ad ogni modo non tolgono nulla al valore incontestabile dei risultati numerosi e convincenti di *Stockard*: al quale solo potrei chiedere perchè non abbia mai usato, nei suoi lavori, il termine così espressivo, di *Forel* « blastoftoria alcoolica » quando le sue stesse ricerche hanno portato, a questo termine e a questo concetto biologico, un contributo così valido ed interessante.

BIBLIOGRAFIA

1. BERTHOLET. — Action de l'alcoolisme chronique sur les organes de l'homme ecc. — Frankfurter, Lausanne, 1913.

— Petit Atlas-Manuel des lésions de l'alcoolisme chronique — O. Doin, Paris, 1913.

BLASTOFTORIA termine impiegato per la prima volta da *Forel* (Hygiene der Nerven und des Geistes — E. M. Moritz-Stuttgart, 1903) per distinguere certe cause tossiche di degenerazione del germe dalla vera ereditarietà normale basata sui caratteri fondamentali ancestrali della classe, della famiglia, della razza, della varietà, dell'individuo.

2. STOCKARD. — The influence of alcohol and other anaesthetics on embryonic development—The Amer-Journ. of Anatomy—Vol. 10, numero 3. 1910.

2. STOCKARD — An experimental study of racial degeneration in mammals treated with alcohol — Archives of Internal Medicine — Vol. 10, p. 369-398-1912.

3. STOCKARD and CRAIG. — An experimental study of the infiuence of alcohol on the germ cells and the developing embryos of mammals —Arch. F. Entwicklungsmechanik der Organismen Bd. 35, Heft III. p. 596. 1912.— (riassunto del precedente).

— The effect on the offspring of intoxicating the male parent and the transmission of the defects to subsequent generations — American Naturalist — Volume XLVII. 1913.

— The artificial production of structural arrests and racial degeneration — Proceedings of the New-York Pathological Society. N. S. Vol. XIII 1913 (riassunto degli studi precedenti).

4. In una lettera personale Stockard mi avverte di aver ottenuto dei risultati ancor più conclusivi con i soggetti della terza e quarta generazione, ciò che conferma una volta di più il valore della nozione della blastoftoria alcoolica. Queste ultime ricerche di S. verranno pubblicate fra breve.

5. Le figure 3-8 sono tratte dal mio Petit Atlas-Manuel ecc. (v. 1.): le figure 1-2 sono tolte da Stockard — An experimental study of racial degeneration ecc. (v 2.).

6. vedi il mio studio: Action de l'alcoolisme chronique ecc. (v. 1.).

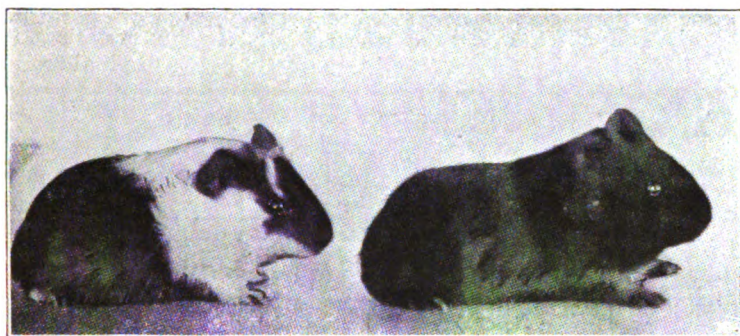
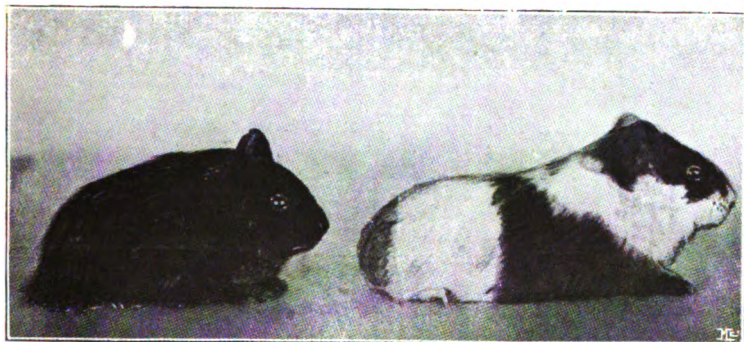
Fig. 1.

A *B*

Fig. 2.

C *D*

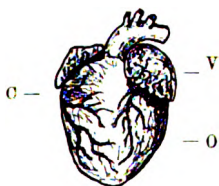
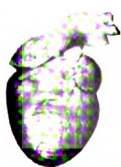
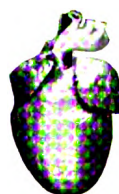



Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

BERTHOLET — Eredità ed Alcoolismo

Spiegazione delle figure

Tav. XVII. — Fig. 1.

A. Cavia del peso di *134* grammi, discendente da padre alcoolizzato e madre sana.

B. Cavia del peso di *147* grammi, nata da genitori normali non alcoolizzati. È di *1 mese più giovane* della cavia eredoalcoolica.

Fig. 2.

C. Cavia del peso di *132* grammi, discendente da un padre alcoolico.

D. Cavia del peso di *221* grammi nata da genitori normali, non alcoolizzati. È più vecchia di *soli 10 giorni* della cavia *C* eredoalcoolica.

Fig. 3. — *Cuore normale* di ratto bianco non alcoolizzato, (animale del peso di gr. 210, disegno a grandezza naturale).

Fig. 4. — *Cuore ipertrofico* di ratto bianco alcoolizzato durante un 1 1/2 anno: ipertrofia cordis e miocardite fibrosa.
O — orecchietta sinistra molto dilatata: *V* ventricolo sinistro ectasico con focolai di miocardite fibrosa: *C* arteria coronaria ispessita, sinuosa e dilatata.

Fig. 5. — *Cuore di ratto bianco normale.*

Fig. 6. — *Cuore ipertrofico* di ratto bianco alcoolizzato per 1 1/2 anno.

Nel testo

Fig. 1. — *Cuore di ratto bianco normale, non alcoolizzato*: sezione della parete anteriore del ventricolo sinistro: *F M.* le fibre muscolari sono normali ed i nuclei bene visibili.— *C. M.* fibre muscolari in sezione trasversale.

Fig. 2. — *Cuore di ratto bianco alcoolizzato per 1 1/2 anno.* Sezione di un focolaio di miocardite fibrosa della parete anteriore del ventricolo sinistro: *F. M.* sezione longitudinale di alcune fibre muscolari superstiti in mezzo al focolaio sclerotico: *C. M.* fibre alla periferia del focolaio in sezione trasversale. *T. F.* tessuto fibroso con infiltrazione parvicellulare, indicante una forte degenerazione ed infiammazione cronica, data dell'alcoolizzazione.

Dott. G. BERNUCCI
Tenente Colonnello medico Direttore dei Servizi Sanitari — TRIPOLI

MONUMENTO GRECO-ROMANO DEDICATO AD ESCULAPIO
esistente nel Museo di Homs (Tripolitania)
(con la tavola XVIII)

In una mia recente visita ad Homs, nel piccolo museo di quella graziosa cittadina, completamente formato di antichità scoperte fra le colossali rovine della vicina patria di Settimio Severo (Leptis Magna) ebbi la gradita sorpresa di rilevare la presenza di un piccolo marmoreo monumento dedicato ad Esculapio.

Scoperto nel maggio dello scorso anno, immurato in una casa araba del vicino Sahel (oasi costiera), scolpito su di una lastra di marmo pario, alta 64 centimetri, larga 43, nel complesso presentasi abbastanza bene conservato.

Come scorgesi nell'unita riproduzione fotografica, porta nel triangolo della testata la bonaria figura del Dio della medicina.

Di rozza fattura, nelle figure di Esculapio e negli emblemi del serpente crestato e della pigna su di un piedistallo, le irregolari iscrizioni dedicatorie sono composte di una caratteristica mescolanza di greco e di latino, che i competenti caratterizzano propria della prima éra delle colonie.

Così nei due lati superiori del triangolo della testata chiaramente leggesi ΑΓΑΘΠ ΤVΧΠ (ἀγαθή τυχη) *buona fortuna*, mentre il ΜΩΝ superstite dell'altro lato, fa supporre, data l'intonazione dell'intera opera, fosse preceduto da un ΠΟΛΕ (ΠΟΛΕΜΩΝ), di guerra, (*buona fortuna di guerra o di combattimenti*).

Nell'architrave del triangolo spiccano nettamente le parole:

ΑCCΚΛΗΠΙΑΔΗC ΘΕΩ ΑCCΚΛΗΠΙΩ ΕVΧΑΡΙCΕΡΙΟΝ
(ασχληπιαδης θεῷ ασχληπιῷ ευχαριστεριον)

che traducesi:

Al Dio Esculapio
ai discendenti di Esculapio monumento di gratitudine.

Nelle due colonne laterali, leggendo da una colonna all'altra, seguendo linee orizzontali, spiccano scolpite in latino le parole:

PRO — VIC
TO — RIA
DO — MI
NO — RUM
NO — STRO
RUM

Per la vittoria dei nostri padroni (dominatori, signori).

Parimenti nel basamento leggesi in latino: Aries causa Dio Esculapio Asclepiades Ascl· . . . . (*Al Dio Esculapio monumento di gratitudine*). ripetendo così il concetto espresso prima in greco. Un'ultima riga, scritta parimenti in greco, doveva correre sotto l'iscrizione in parola, riga in parte mancante per guasto del monumento ed in parte resa illeggibile.

Nel complesso chiaramente risulta trattarsi di un *ex voto* dedicato da dipendenti (servi o liberti) al Dio della medicina in segno di gratitudine per la buona riuscita delle guerre intraprese dai loro signori.

Mentre sono numerosi gli ex-voto d'ogni genere dedicati ad Esculapio, lasciatici dal mondo greco-romano, espressione costante della umana ricerca del più prezioso dei beni: *la salute*, il carattere spiccatamente medico-militare del piccolo monumento m'invogliò ad illustrarlo ed a farlo conoscere ai colleghi.

Tripoli, ottobre 1914.

BERNUCCI — Monumento Greco-romano dedicato ad Esculapio

Prof. E. BLEULER
Direttore della Clinica Psichiatrica di Zurigo

SUL PENSIERO AUTISTICO [1]

Un demente schizofrenico entra in una camera d'albergo, si mette a letto e non può esser tolto di là che con la forza: poichè egli aspetta la Regina d'Olanda che, nella sua fissazione, crede di dover sposare.

Da un lato egli non valuta la propria meschina figura nè le vicende della sua disgraziata vita, ove non ha conosciuto che miserie: dall'altro la Regina d'Olanda non ha mai conosciuto questo povero diavolo, nè ha mai avuto occasione di pensare a lui come marito. Questi del resto sarebbe stato certo l'ultimo uomo che ella avrebbe voluto sposare.

Nessun passo preliminare per celebrare un matrimonio fra lui e la Regina è stato fatto: pur tuttavia il povero demente ha l'illusione e crede fermamente di diventare un giorno Principe Consorte.

Il modo di pensare di questo paziente, che pur rappresenta un tipo abbastanza comune, apparisce subito come un puro controsenso. Egli immagina qualche volta cose addirittura impossibili; e, quello che è più grave, le crede realmente, con fede assoluta, senza rendersi il minimo conto delle proprie contraddizioni.

Tuttavia, se noi non tocchiamo il tasto della sua fissazione, egli si dimostra ragionevolissimo. Difatti lavora tutta la settimana come ogni altro uomo sano; passeggia, come tutta la gente, nei giorni festivi; e qui si rende conto della vita reale, senza che il suo pensiero si svii dalla Realtà stessa.

Del resto il contenuto della sua pazzia è uno solo: quello cioè di sposare una regina. E un tale miraggio rappresenta per

(1) Traduzione autorizzata della Contessa P. Baldeschi Oddi (dall' American Journal of Insanity n.° 5, 1914).

lui, come lo attesta il nostro fantastico racconto, il colmo della felicità a cui un essere umano possa aspirare. Ed è davvero fantastico il pensiero del nostro amico: pensiero che egli non ci *racconta* nè ci fa *leggere* mai, ma che egli *vive* in tutta la sua illusoria parvenza di realtà.

Considerando il caso e studiandolo da vicino, noi troviamo che ogni uomo sano può nutrire, in determinate circostanze, le stesse fantasticherie dell' uomo anormale. Costui del resto non vive sempre nella sua avventura: ma vi si immerge soltanto quando si trovi affatto solo, isolato, e quando gli balzino alla mente con speculare chiarezza quei suoi bislacchi pensieri. L'uomo si sente allora forte, ricco, attraente: ed è proprio chi si trova nella massima disperazione e miseria che accarezza, d'abitudine, nel pensiero, tante ideali qualità ed i vantaggi che da queste ne derivano. Però la realtà riguadagna subito il suo impero; il giocattolo viene riposto precipitosamente nello scrigno ove rimane celato non solo agli estranei ma al suo stesso possessore; il quale, una volta fuori dal sogno, può identificarsi coscientemente in sè stesso e valutarsi con esatta misura.

Lo scrigno nel quale il giocattolo è riposto, è il nostro proprio cervello: ma il giocattolo non vi sta mai così ermeticamente rinserrato, che non possa, ogni tanto, sgusciar fuori. Molto spesso, infatti, la fantasia contenuta protende dal suo guscio un suo tentacolo: guida il nostro gusto nella scelta di un legame o dirige la nostra mano a vergare il ghirigoro della nostra firma: così come dal modo di agire, di parlare, di esprimere i nostri sentimenti essa rivela spesso con chiarezza ove tendano le nostre intime aspirazioni. E se queste ci vengono ostacolate, noi potremo allora assumere, abbastanza spesso, proprio l'apparenza del pazzo, i cui stravaganti pensieri ci impressionano così fortemente. Ad ogni modo la differenza è solo relativa: poichè se noi approfondiamo l' osservazione, potremo trovare presso tutti gli individui normali dei momenti e degli stati in cui *il pensiero viene ripudiato sia dalla logica che dalla realtà.*

Io ho chiamato questa forma di pensiero, « *autistico* »; poichè in questo si osserva lo stesso fatto da me già descritto nell'*autismo schizofrenico*, che si allontana dalla realtà e vede la vita normale attraverso ad un quadro morbosamente fantastico. Fino a poco tempo addietro, si sono studiate, in Psicologia, soltanto le leggi logiche del pensiero: ed è da poco che si è dedicata

l' attenzione alla forma autistica di esso, essendosene occupati, con me, *Le Bon*, *Freud e Iung* (1).

Io credo che solo conoscendo questa forma di pensiero si possano comprendere tutte le altre formazioni morbose della mente; senza contare che molte altre modalità importanti della psiche normale mi sembrano incomprensibili senza la esatta conoscenza delle leggi dell'autismo patologico.

Queste sole proiettano una viva luce sulla vita interiore dell'individuo, tanto importante e finora così poco conosciuta: sugli intimi fattori psichici che inspirano l'estro dei poeti ed il pensiero della collettività nei riguardi dei costumi, delle religioni, dei rapporti con i prossimi e gli estranei.

Quanto più da vicino gli anormali ci appaiono normali, tanto meglio noi li comprenderemo e potremo procedere con successo al loro trattamento curativo. E se pure non riusciremo a guarire le psicosi con la facilità con cui guarisce la frattura di un osso, noi riusciremo certamente a ridonare alla società molti di coloro che, sottoposti al nostro metodo di cura, miglioreranno di tanto in salute da poter tornare a vivere col frutto del proprio lavoro.

Ciò che deve guidarci al nostro intento, non è una diagnosi od una concezione sistematizzata delle malattie mentali, ma la conoscenza del loro intimo meccanismo psicopatologico, come ha già brillantemente dimostrato *Adolfo Meyer* nelle sue sapienti e numerose monografie.

E per verità la descrizione e la classificazione di molte malattie ci sarà perfettamente superflua, se noi, arrivando a *comprenderle*, potremo con ciò solo aiutare il paziente ed essergli di giovamento.

Io ho la soddisfazione di essere stato il primo a parlare di questo argomento in un Congresso psichiatrico d'America: vantaggio non piccolo, perchè in questo paese la Psicologia è libera dai pregiudizi del vecchio Continente, dove il pensiero scienti-

(1) Io ho discusso brevemente le idee di Freud e Jung, che non mi sembrano risolvere tutt' i fatti qui esposti, nel Jahrbuch für Psychanalytische Forschungen 1912, Deuticke, Vienna. Non ho avuto poi l'opportunità di leggere il lavoro di Le Bon: ma se le sue vedute sono molto interessanti, non rivelano una connessione psicologica troppo probativa nè egli ne ha tentata alcuna applicazione pratica nella patologia mentale.

fico conserva ancora, per tanti riguardi, qualche cosa del medievale.

Un fanciullo gioca nel bagno con un termometro galleggiante: egli lo spinge innanzi e indietro e la sua fantasia lo raffigura come un battello sul quale egli stesso viaggia. Poi muove l'acqua a grosse ondate e finge di affondarlo. Subito dopo egli raffigura nel termometro sè stesso, che cade in acqua ed annega: poi la sua fantasia lo cambia con la stessa rapidità in un grosso pesce che viene per inghiottirlo e nello stesso tempo in un bastone col quale egli lo scaccia. Altre volte il fanciullo imagina nella sua fantasia di essere un padre, una madre, un generale; agisce in conformità della parte che vuol rappresentare nel suo giuoco, pur non avendo nè la esatta nozione, nè i mezzi adeguati alla parte stessa cui egli si immedesima. Il termometro egli lo ha e lo usa realmente: ma non solo come un termometro comunque, sibbene nei molteplici travestimenti e caratteri che la sua fantasia gli suggerisce: riuscendo in tal modo a sopprimere, nella sua mente, l*a differenza che corre tra realtà e fantasia*. Così, per finire, se un bastone che rappresenta un animale, si rompe, il fanciullo, che simpatizza con l'animale, ne soffre e cerca di consolarlo.

Simile al fanciullo che si imagina grande ed illustre, il *poeta*,— almeno il vero poeta — trasforma in un felice amore il suo infelice, oppure lo esalta in tal maniera da farselo apparire tragicamente bello e sublime. I suoi eroi contengono sempre qualche cosa della sua anima; e quando, attraverso alle più svariate vicende, li lascia perire, vuol dire che egli raffigura in essi, o una di quelle tendenze che egli, nella propria vita, ha desiderato superare o uno che si è macchiata la coscienza di una qualche colpa: oppure infine egli fa espiare con la morte dei suoi eroi qualche colpa di cui la sua stessa anima si sia prima macchiata. *Goethe* si punisce in *Clavigo* e *Weisslingen* per aver abbandonata *Federica Brion*. *Schiller* realizzò le proprie ambizioni nei *Fratelli Moor*, in *Fiesco*, in *Wallenstein* e raffigura, nella loro fine inevitabile, quella che egli stesso si desidera. Nella poesia esistono delle necessità *affettive* indispensabili alla vita interiore dei poeti: necessità che possiedono un valore di realtà assolutamente collaterale, ma che rappresentano, per loro, delle realtà umane e tangibili. Gli amici di *Kleist* lo trovarono a profondersi in la-

grime dopochè aveva finito di comporre la scena della morte di *Pentesilea.*

La *poesia* ha strette analogie con la *mitologia*: ma fra queste due modalità del pensiero umano esiste una terza, la *leggenda,* la cui derivazione è, in loro confronto, alquanto più complicata. Noi sappiamo che dietro agli eroi delle *Saghe* non esistono personalità reali e che il *Sigfrido* alemanno e il *Sansone* ebraico furono pure creazioni della fantasia: ma soltanto le nostre ultime generazioni hanno compreso che sono stati a crearli le virtù, i vizi, le idealità degli umani trapassati.

La maggior parte dei personaggi mitologici è il frutto di una genuina simbolistica. Le stagioni, gli anni ed i giorni, le forze della natura, il calore del sole che matura le messi, la potenza generatrice degli animali e simili cose, vi sono rappresentati come frutto di azioni e di caratteri umani: ed anche quì, il meccanismo psicogenetico, identicamente a ciò che avviene nel cervello del poeta, è incosciente. I miti sono stati sempre interpretati nel loro senso letterale. Il Dio Sole spinge il suo carro ardente attraverso i cieli; e la Dea Greca della Saggezza nasce bell'e fatta dal cervello di Giove, Re dell' Olimpo. Tutte queste concezioni divorziano in alto grado dalla realtà. I raggi del sole esistono realmente, ma noi non abbiamo alcun motivo per supporre che essi siano spinti attraverso il cielo con un carro; come noi abbiamo la certezza che i fanciulli nascono dal ventre materno, ma non dal capo dell'uomo. Tutti questi esempi ci dimostrano l' esistenza di una particolare forma di pensiero, *che agisce indipendentemente sia dalla logica che dalla realtà.*

Se, nella poesia e nel giuoco del fanciullo, non vi è, con la realtà, un contrasto così acuto come in mitologia; in questa esso è assai più evidente e brusco: così che dal punto di vista rigorosamente logico, tutti i suoi prodotti mentali, pur dotati di una suprema bellezza estetica, si riducono a dei puri controsensi.

In modo analogo noi vediamo, nella rappresentazione dell'universo, che la terra è simbolizzata dall'elefante sostenuto da una grossa tartaruga: vediamo la tartaruga sostenuta da un serpente, e così via, all' infinito: e riconosciamo che queste concezioni rappresentano il nostro affannoso desiderio di porre un freno al destino.

Così con le preghiere, i sacrifici, la magia, gli uomini si provano di attrarre ogni male nel bene: quantunque nè la natura, nè la nostra esperienza ci diano alcun fondamento per credere alla loro realtà. E ciò almeno fino a quando noi ignoreremo il determinismo causale che connette tra loro i vari eventi a noi sconosciuti: a riguardo dei quali, in ogni modo, non abbiamo alcun punto logico di riferimento per accettarli come prodotti di stregoneria o di magia.

La prova di quanto sia grande il divario fra pensiero autistico e pensiero logico o reale, ci verrà ora offerta quando noi avremo presa piena cognizione di ciò che è in realtà il pensiero logico stesso. Ed anzitutto, questo rappresenta le occorrenze del mondo esteriore e le loro associazioni. Noi spesso abbiamo sentito il tuono dopo il lampo; perciò ogni qualvolta vediamo questo, aspettiamo il tuono; e quando noi sentiamo tuonare, siamo certi che ha lampeggiato. Noi vediamo quindi fissati nella nostra intelligenza — secondo determinate regole — i risultati generali della nostra propria esperienza: così che quando noi vogliamo riprodurne uno in particolare, ci basta riferire la nostra mente a quell' azione con la quale è stata primitivamente connessa. Questi esempi forse basteranno ad indicare che *nel pensiero logico si riproduce la realtà.*

In seguito, adattandoci noi stessi mentalmente a nuove, particolari situazioni, possiamo creare nuove combinazioni fra rappresentazione ed esperienza, che corrispondono, come le prime, alla realtà pratica e ci danno il modo di concepire la pratica logica di azione; sia questione, ad esempio, di comperare un paio di scarpe, semplicemente, oppure di dirigere un aereoplano. Se queste connessioni si sviano dalla realtà, noi entriamo nel pensiero *autistico.*

L' intelligenza umana non può sempre comprendere ogni cosa: non sarà quindi possibile fare una netta distinzione fra le due forme di pensiero se non si avrà la piena conoscenza di ciò che è realmente il pensiero logico e, con questa, la possibilità di confrontarlo con quello autistico. Attualmente noi crediamo, nella nostra presunzione, esatto che la terra giri attorno al sole e che questo sia una massa di gas incandescenti: e non c'è più posto, nella nostra mente, per il carro di Apollo.

È chiaro quindi che l'uomo normale sostituisce con dei simboli le concezioni difficilmente rappresentabili e concepibili, o

urtanti contro il nostro sistema mentale: ciò che avviene in special modo quando noi desideriamo sostituire delle idee concrete a delle idee astratte e complesse.

Il mostruoso sistema ferroviario è rappresentato simbolicamente da una ruota alata: il peccato, da un serpente. Nei sogni e in date condizioni morbose oltre a ciò, questi simbolismi non solo sono più frequenti, ma si ingrandiscono a dismisura nel loro valore interpretativo fino a comprendere un numero di obietti quasi infinito. Così ad esempio, una camera rappresenta una donna: e si può andare tant'oltre, che nella cerebrazione onirica di un soggetto siano scambiati con tutta facilità il padre per la madre, e viceversa. Uno schizofrenico può concepire odio contro il padre, perchè è geloso di lui nel suo erotismo materno: ma scambia a sua volta quest' ultima per quello, e la uccide. Un padre, in condizioni morbose, può, scrivendo, scambiare sè stesso con la madre dei suoi figli.

Il sentir dire e sostenere da una paziente che « *ella è la Svizzera* » « *ella è le gru di Ibico* » ci apparisce, a un primo momento, come un' espressione destituita di senso comune: ma se ci fermiamo a considerarla un pò più da vicino, noi ne troveremo il significato. La paziente è rinchiusa in un manicomio ed è privata della sua libertà, per la quale si strugge La Svizzera è una republica, cioè un paese libero: ed ella sospira di diventar libera.

« Io sono (come) la Svizzera » è dunque il suo primo pensiero conativo; ma è ancora meno di quello che ella vuol dire: poichè ella si identifica proprio con la Svizzera; è l' Elvezia stessa, quella che vede coniata nelle monete: quella libertà di cui vuol essere autrice ed attrice e che quindi le appartiene totalmente, secondo la sua interpretazione puramente letterale, se pur inconsciamente simbolica.

Noi vediamo qui, come nel pensiero autistico l' idea sia disgregata in sè stessa, perchè una parte di essa (simbolo) è messa al posto di un'altra (azione).

La malata è ancora « le gru di Ibico » perchè ha

> Frei von Schuld und Fehle
> Bewahrt die kindlick reine Seele
> (Conservata libera da colpa ed errore
> la pura anima fanciulla)

come canta *Schiller* nel poema intitolato appunto « *Le Gru di Ibico* ».

Spiegato in tal modo il non senso, questo diviene senso.

Una forma particolare dell' idea autistica consiste nel dislocare sistematicamente il concetto della sede anatomica dei genitali ad un' altra parte del corpo, in genere verso l' alto. Un bambino normale di due anni è stato capace di chiedere alla sua madre gestante: « Perchè hai una testa così grossa? » ciò che dimostra come questo fanciullo precoce si rendesse perfetta ragione del cambiamento di figura della propria madre.

Molte allucinazioni genitali primitive vengono frequentemente riferite secondariamente a parti del corpo diverse: e così nelle favole, come in certe balorde concezioni di schizofrenici, i bambini nascono dalla bocca. Vi sono molti esempi di donne che, per il desiderio di aver figli si avvelenano; poichè credono, come si legge nelle fiabe, che si possa divenir gravide con determinati cibi, od assumendo certe supposte misture presentate loro come un simbolico veleno.

Nel pensiero autistico le più grossolane contraddizioni possono esistere insieme in latenza e svilupparsi in esso attivamente venendo così a trovarsi in completo contrasto col mondo esteriore. Appunto come il fanciullo può essere il piccolo Jack e nello stesso tempo il Generale in capo, così l' alienato può essere John Brown (col suo vero nome), ma allo stesso tempo Dio onnipotente, o, tutt' insieme, Papa e Imperatore. Il medico che lo visita può essere, per lui, il medico; ma può essere anche contemporaneamente il reverendo Robinson o il maggiore Smith, ciò che, nella sua incoscienza, è lo stesso. Allo stesso modo i fanciulli che giuocano non perdono mai quella certa loro tendenza di affibbiare qualche nuovo attributo incongruo agli oggetti con cui giuocano e che, solo abbandonandolo, riconoscerebbero nella loro obiettivita realtà.

Tuttavia, pur essendo il loro pensiero costituito, sotto questo rapporto, a simiglianza del pazzo, essi ne sono in parte consapevoli e — a differenza di questo — si rendono conto delle loro contraddizioni con ciò che noi chiamiamo realtà.

Il milionario imaginario nulla tenta di godere dei suoi milioni, nel sentimento apodittico di esser ricco; ma appena sente il bisogno di goderli, questi gli sfuggono. Un operaio impazzito, deluso nelle sue ambizioni per una mancata promozione, sente

il bisogno di ricercare la causa della sopraffazione di cui si ritiene vittima. La causa, per alcuni accidentali avvenimenti, gli viene falsificata; ed egli si ritiene vittima — nella sua esaltazione, — di diffamazioni che persone, invidiose della sua fortuna, hanno insinuate ai suoi superiori. Un uomo sano e ragionevole penserebbe invece di indagare se le ragioni della sua sventura non esistano piuttosto nel mondo esteriore e se il suo sospetto sia realmente motivato; mentre il soggetto autistico crea queste ragioni da sè stesso, le giustifica alla sua mente, afferma di esser stato diffamato alle spalle: e l'*idea delirante* di avere nemici si trasforma, nel pensiero autistico nella fissa *convinzione* che questi esistono. Il pensiero autistico non ha dunque bisogno di fare i conti con la realtà.

Il pensiero autistico ha, ancora, vari punti di contatto con i fenomeni della sessualità. A differenza di quanto osservò Diogene anticamente, che cioè non si può calmare l'angoscia della fame senza cibo reale; il desiderio sessuale invece può venir soddisfatto dal soggetto sia con manipolazioni auto-erotiche, sia addirittura con la pura imaginazione. Gli schizofrenici possono provare tutte le delizie dell'amore, nel truogolo della loro imaginazione; per quanto questa soddisfazione non sia completa, perchè il sentimento di peccare contro natura mescola, alle loro allucinazioni mentali, alcunchè di spiacevole. A spiegare quest'ultimo elemento, il paziente si crea delle persecuzioni illusorie che hanno di solito un nesso ideologico con la persona che è stata amata: donde la convinzione del delirante, che la persona del persecutore sia quella stessa della persona amata. Ci sono tuttavia altre ragioni per cui il pensiero autistico non sempre raggiunge il proprio fine e si contraddice spesso in sè stesso. Molti dei nostri desideri — ed è vero — attingono al piacere, ma si connettono contemporaneamente al dolore: essi sono quindi *ambivalenti*.

Il contadino pazzo può imaginare di essere principe o re, ma se egli conferisse al suo sogno troppo di realtà e dovesse veramente addossarsi i pesi e le preoccupazioni della potestà regale, rinuncierebbe certamente — io credo — a un simile onore. Ogni persona che si ama può avere per noi doti fisiche piacevoli e materiali spiacevoli: ossia esser bella e senza dote: come, per continuare l'esempio, una moglie può odiare il marito come uomo e amarlo come padre dei suoi figli.

Questi sentimenti ambivalenti appianano, nei soggetti normali, le difficoltà e le indecisioni dei conflitti interiori: ciò si verifica ancor più ampiamente negli schizofrenici nei quali noi osserviamo appena qualche vera tendenza ambivalente radicata nell'illusione. Molto spesso la madre (schizofrenica) ama il figlio perchè è suo, ma nello stesso tempo lo odia, perchè figlio dell'odiato marito. Di quando in quando avviene che in un accesso di odio arrivi ad uccidere il figlio, e subito dopo se ne penta amaramente.

Si dà però più di frequente il caso che ella desidera nella sua mente che il bambino muoia o si illude che veramente sia morto. Ed allora dimostra un dolore sincero, piange il figlio morto come un bene perduto; mentre la causa paradossa di tutto il suo dolore non è altro che l'odio. Altre volte ella stessa si accusa di averlo ucciso: e questa affermazione non è altro che la reazione dell'incosciente desiderio di vederlo morto, o la voglia sua di ucciderlo. In questa forma di follia avviene spesso che il soggetto si accusa di una colpa non commessa, ma che nella sua mente malata ha l'incosciente desiderio di commettere. Insomma *nel pensiero autistico il desiderio è rappresentato dal fatto compiuto.*

Un certo grado di ambivalenza si trova sempre connesso anche alla sessualità: ed è questa un'altra ragione per cui l'ambivalenza ha una così grande importanza anche per il pensiero autististico. La psicoanalisi ha dimostrato che quasi tutti gli uomini hanno, almeno rudimentali, certe tendenze sessuali abnormi, di cui sono appena conscii o che vengono superate facilmente senza alcun sforzo cosciente. Queste tendenze abnormi sono marchiate di immoralità, ripudiate dal buon costume e dall' intimo sentimento: ogni uomo dabbene le bandisce come cose *spiacevoli*, sebbene, per la loro stessa natura, esse siano naturalmente legate anche al *piacere.* Tale anche è la ragione per cui *voluttà* e *peccato* sono così strettamente congiunti. Il sentimento di inibizione connesso, in certe condizioni morbose, col pensiero autistico, determina associazioni di contrasto, per cui i desideri perversi del soggetto gli appariscono come un fatto già da lui realizzato: ed il senso di repulsione che deriva da questo contrasto ideologico, provoca l'insorgenza di varie specie di ossessioni e di illusioni di colpa, come ci è dimostrato dagli

atti espiatori (mutilazioni ed altro,) ai quali l'allucinato demente si abbandona.

Degno di particolare menzione è l'*Edipo-complesso*. La favola ci racconta che Edipo uccise il proprio padre e sposò la propria madre. Era noto fin da quel tempo dei Greci, che questa favola era l' espressione delle tendenze universali: ai nostri tempi la psicoanalisi e l'analisi della produzione poetica ci hanno egualmente dimostrato che nell' amore dei bambini verso i parenti (genitori) di sesso opposto esiste sempre un certo quantum di sessualità.

Queste tendenze perciò devono essere represse fin dall'inizio dell'infanzia, nell'incosciente: e comparire direttamente solo nel sogno e indirettamente nei suoi derivati. Anche nel pensiero autistico dei neuropatici e psicopatici noi troviamo molto spesso delle auto-accuse e delle allucinazioni che rivelano l'amore per i genitori.

Noi abbiamo visto finora che il pensiero autistico non è regolato dalle leggi della logica e della realtà: esso è quindi illogico e comporta le maggiori contraddizioni con sè stesso e con il mondo esteriore. Il paziente autistico può essere un misero sguattero in manicomio e credersi nello stesso tempo imperatore del mondo: oppure esser stato circondato nella propria famiglia da tutta la tenerezza di cui una madre ed una moglie sono capaci; eppure credersi invece molto maltrattato. L' alienato, altrettanto bene del sano, può nutrire i desiderii più incongrui: come quello di essere un fanciullo, per darsi, come questo, ad una gioia sconsiderata: oppure un grand'uomo, per ottenere tutto ciò che ad esso offre la vita di potenza e di grandezza; o avere una vita lunghissima per trascorrerla in un delizioso nirvanico letargo: o infine possedere la donna amata, e ritenersi ancora totalmente libero dai lacci d'amore.

Dai vari esempi qui sopra menzionati noi possiamo riconoscere come il pensiero antistico tagli corto con la logica e tenda a rappresentarsi ogni desiderio come già soddisfatto. Freud afferma, nella sua teoria, che il meccanismo del piacere (edonistico), il quale corrisponde in un certo grado al nostro pensiero autistico, non può produrre altro che il desiderio: ma è costretto ad illustrarla con delle ipotesi un pò artificiose. Nell'analisi dei sogni egli trova spesso rappresentato qualche elemento rivelatore di desideri sommersi, come ad esempio quando desidera dimostrare

ad un amico che le sue teorie sono false e teme, contemporaneamente, nel sogno, che questo desiderio non venga manifestato. In altri casi il sogno dissimula, sotto argomenti apposti, il desiderio perverso di qualche sciagura, con la rapprentazione del timore che altri lo comprendano. In questo modo, naturalmente, tutto si spiega senza difficoltà. Se noi osserviamo da vicino tutte le illusioni, troviamo in generale che i desiderii vi giuocano certamente una parte notevolissima: ma che, contemporaneamente, quelle stesse illusioni esistono sempre in dipendenza di un determinato stato emotivo. Il malinconico ha delle illusioni a tono doloroso perchè si sente peccatore, povero, ammalato senza speranza di guarigione. L'euforico invece ha idee grandiose, si sente un uomo eccelso, ricco, più che mai capace: e se la sua intelligenza è turbata, possiede il mondo intero e si paragona a Dio. Quando poi vien contraddetto, allora si fa sospettoso, e si ritiene ingiuriato e perseguitato.

Per chi è al corrente della psicologia delle emozioni, non riesce difficile comprendere come si formino tali descritte illusioni. Ogni stato emotivo tende a favorire quelle associazioni che ad esso corrispondono, stornando od eliminando le contraddittorie: come chi è contento rifugge dai pensieri tristi, e chi è triste sfugge dal pensare cose allegre. Ora, quando nell'elaborazione logica si asseconda una tendenza unilaterale, la conclusione cui si giunge non può essere che falsa: com'è del giovane di banco il quale stima un patrimonio quelle cifre che, pur ingenti, non rappresentano altro che delle passività.

Ora, queste condizioni associative le quali vengono abitualmente trebbiate nel pensiero autistico, non hanno nulla a che fare con un'alterazione generica o primitiva dell'affettività (come succede nel maniaco o nel malinconico); ma, al contrario, si connettono a singoli complessi ideo-emotivi che posssono in genere ritenersi costituiti o da desiderii o da timori. Il sentimento loro connesso deve però naturalmente far sentire il suo effetto: che è quello di creare la tendenza a non tener conto dell'inibizione opposta all'appagamento del desiderio, o alla realizzazione di ciò che maggiormente si teme: donde deriva in ultima analisi che il paziente sia indotto a ritenere per soddisfatto il proprio desiderio, ogni qual volta delle più forti imbizioni non siano riuscite a dimostrargli il contrario. Nell'uomo normale, grazie ai suoi poteri di discriminazione logica e di inibizione, è raro il disinganno

proveniente da un contrasto insanabile con la realtà: ma anche in lui, ogni qualvolta sussista una pratica possibilità di veder soddisfatto un desiderio attuale, è facile che egli se lo imagini come già conseguito; tant'è vero che « ciò che uno desidera, uno crede ».

Questa pratica possibilità di raggiungere un dato fine è quella che alimenta, nell'uomo normale, il pensiero autistico, il quale, in tal caso, ed entro determinati limiti, può essere un pensiero logico: mentre là dove l'equilibrio fra emozione e pensiero logico è rotto, il pensiero autistico può acquistare il sopravvento e procedere con le seguenti modalità:

1.° Come nel fanciullo cui manca l'esperienza sufficiente a discriminare le varie possibilità logiche.

2.° Nei soggetti che non sono sufficientemente accessibili alla nostra conoscenza ed alla nostra logica metodica; nelle questioni delle verità assiomatiche e dei problemi universali (Weltanschauung), nella religione, nell'amore.

3.° Dove, per qualsivoglia ragione, le emozioni assumono un determinismo preponderante: come nei forti affetti, sia patologici che normali, siano essi causati da circostanze accidentali esogene o dal temperamento subiettivo del soggetto.

4.° Dove manchi l'interdipendenza di costellazioni associative, come si verifica nel sogno, nella schizofrenia e via dicendo.

Mentre le emozioni piacevoli o spiacevoli in genere hanno un uguale valore nel determinismo delle illusioni mentali, gli effetti determinati dalle due tendenze sono invece caso per caso assai diversi a seconda che l'emozione è o no congiunta ad un'idea precisa ed unilaterale. È infatti universale la tendenza di ricercare il piacere e sfuggire il dolore: tanto che il semplice pensiero di una cosa piacevole dà piacere, quello di una cosa piacevole dà pena: ed è appunto per ciò che l'uomo cerca di richiamare a sè l'idea gradita, allontanando quella sgradita. Quest'è la ragione, alla fine, per cui il pensiero autistico rappresenta più facilmente la realizzazione di un desiderio soddisfatto, anzichè quella di un fatto temuto.

La soppressione di idee spiacevoli induce però altre conseguenze indirette le quali non sempre giungono a conseguire l'obiettivo prefisso. L'idea repressa può mantenersi latente nell'incosciente e provocare in questo dei sintomi morbosi: e questi si elaborano con un meccanismo identico a quello del pensiero

autistico, al posto del quale anzi essi si manifestano allo esterno. Il peccatore sessuale dimentica le sue colpe, ma esplica una purità fisica esagerata che può arrivare fino all'ossessione delle lavande (rupofobia): un altro, che, nella mente, augura la morte al proprio rivale di nome Grassi, inizia una cura pazzescamente esagerata contro l'obesità, per uccidere, nel proprio corpo, il Signor Grassi.

Noi abbiamo or ora accennato ai rapporti che intercedono fra il pensiero autistico e quello incosciente. Freud è disposto a ritenere che queste due modalità sono identiche fra loro: quello che io qui ho denominato pensiero autistico, non è altro, secondo lui, che il pensiero dell' incosciente (subcosciente). Ciò non mi sembra del tutto esatto: noi vediamo nelle concezioni della mitologia, nei giuochi del fanciullo, in molte produzioni poetiche ed in vari altri esempi, che il pensiero autistico è perfettamente logico e cosciente: ed ogni psicologo—ammenochè non voglia denegare l'esistenza dell'incosciente con ragionamenti puramente teorici—deve ammettere senz'altro che questo può pensare benissimo secondo la logica. *Carpentier*, ad esempio, cita un gran numero di casi in cui l'attività dell'incosciente era perfettamente logica: come in quel matematico che trovava la soluzione dei problemi più difficili all' improvviso ed in base ad un'elaborazione mentale che non poteva essere che incosciente.

Il pensiero autistico può esser dunque sia cosciente che incosciente; nei casi tuttavia in cui deriva da un processo patologico è quasi sempre inconscio. Solo i sintomi morbosi e le sensazioni di pena e di ossessione del neurotico sembrano, per solito, essere coscienti: ma ciò perchè il meccanismo autistico basale rimane loro completamente ignorato. Le voci dello schizofrenico esprimono idee che son prodotte nell'autismo inconsciente, e spesso le sue illusioni possono venir espulse rapidamente, dall'incosciente stesso.

L'incosciente può dunque pensare sia in modo logico che in modo autistico: quantunque non occorra ch'io dica che esso pensa più spesso autisticamente, nè che — in psicopatologia — l'incosciente autistico abbia, di fronte all'incosciente logico, un valore tutto suo e particolare.

Se noi ora osserviamo le emozioni sotto il dominio del pensiero autistico, troviamo che le altre forme di associazioni ideative loro contrapposte hanno, di fronte a quelle, un'importanza assai

minore; e che molte di queste seguono, naturalmente, ancora, le leggi normali della logica ordinaria.

Ma poche tuttavia si adattano esattamente alla rappresentazione basale ideo-emotiva (desiderio o timore), mentre assai spesso tali associazioni secondarie, che noi conosciamo per il tramite delle associazioni libere del pensiero logico normale, nel quale stanno in disparte o accettate solo come possibili, si rendono più vivaci e compaiono più attivamente a fior di coscienza. Ma anche ciò avviene solo qualora esse possano venir utilizzate dal pensiero autistico e rientrare nel campo delle sue associazioni. Così noi vediamo che il pensiero di un oggetto si trasferisce con facilità ad un altro, simile, sia per procedimento di analogia che, più ancora, per la tendenza che esso ha di generalizzare. Una bambina è impaurita da un toro e la prima impressione di timore è determinata dalla vista dei genitali. Più tardi essa identifica questi con le corna. Dopo qualche anno essa ha totalmente dimenticato l'avvenimento originario: ma ha paura di tutto ciò che assomigli alle corna od abbia, con queste, un'analogia verbale. Così essa arriva a non voler mangiare nessuna minestra che contenga della pasta fatta *a cornetti.*

Spesso l'associazione è determinata dall'identità verbale: come nel caso sopracitato del rivale « Grassi », che aveva imposto, al soggetto, un'energica cura contro il proprio grasso: ma altre volte bastano tenui e lontane analogie per simbolizzare un oggetto con un'altro assai diverso. Il sole si muove attraverso i cieli: così alcuno lo dipinge con i piedi, qualche altro come un Dio che guida negli spazii il cocchio ardente.

Figurazione simboliche di tal genere si osservano altrettanto bene nei moderni schizofrenici, quanto nei creatori dei miti antichi, quanto fra i selvaggi. Certi scienziati hanno già parlato di una forma *arcaica* del pensiero, che io però non posso ammettere. I selvaggi sono capaci di pensare così logicamente quanto noi, e di comprendere tutte quelle cose che essi si rappresentano. La differenza consiste solo nel fatto che essendo le loro conoscenze estremamente limitate, il pensiero autistico comparisce alla loro mente più facilmente che alla nostra: mentre, per converso, noi pensiamo altrettanto autisticamente degli antichi, ogni qual volta ce lo permetta la realtà.

L'anno 1913 è stato per molta gente un anno pauroso: in certi paesi vi è stato un gran numero di matrimoni affrettati

poichè, per una fatale coincidenza di disgrazie, con la combinazione del 13, si era diffusa la convinzione che il 1913 avrebbe segnata la fine del mondo.

I nostri partiti politici pensano nè più nè meno autisticamente di quanto non pensassero i Greci ed i Romani. Spesso, specie in politica, il pensiero autistico è posto al servizio degli istinti: e ciò non fa meraviglia quando si conoscano gli stretti rapporti che intercedono fra emozioni ed istinti: anche se, spesso, noi ce ne allontaniamo da entrambi.

Il *tabu* plasma la vita del selvaggio come una sequela di procedure e cerimoniali che a noi, evoluti, sarebbero insopportabili: ma che costituirebbe la prima via del suo sviluppo ulteriore, se egli ne fosse capace. La stregoneria dà, all'uomo che esercita la medicina, il modo di vivere nell'abbondanza, non solo senza alcun lavoro produttivo, ma ancora col male dei suoi simili. Le guerre di religione, dai tempi di Budda ai nostri, i roghi degli eretici, le stregonerie non sono stato certo eventi felici per l'umanità: ed ancor oggi le differenze religiose costituiscono il maggior danno per la nostra massima potenza militare, l'Impero Germanico. In tutti i paesi civili, il sistema dei partiti ha lo svantaggio di isterilire le più attive energie e di abbassare il livello della pubblica morale. Chi vive estraneo ad essi vi trova un così picciol bricciolo di moralità e di di utilità, che non trova prezzo alcuno della lotta: dal momento che, infine, i fattori decisivi della vittoria sono o l'affarismo più sfacciato o il più incongruo dogmatismo pseudo-religioso.

Ma ora mi si domanderà: come e quando potrà svilupparsi e durare il pensiero autistico se esso è così dannoso sia per il normale che per il malato?

Il pensiero autistico è l'elemento massimo di differenziamento fra l'intelletto umano e quello degli animali superiori, perchè è capace di creare da solo nuove combinazioni. Ma, come ho già detto, la linea di confine fra elaborazione logica e autistica non può venir, dall intelletto, abbandonata in rinuncia: ciò che oggi sembra assurdo può domani farsi realtà, e quello che oggi da noi fermamente si crede, può, domani, diventar falso. Per ciò, senza il pensiero autistico, l'umanità non avrebbe potuto ulteriormente svilupparsi: ed ella si è così bene adattata a questo suo antico, inseparabile ospite, che lo invoca ogni qual volta ritenga conveniente di farlo; senza curarsi, a seconda dei

casi, se esso possa riuscirle utile o no. Ora, le nostre rappresentazioni mentali sono piacevoli o dolorose a seconda dell'esperienza fatta; per ciò ognuno di noi può, fino ad un certo punto crearsi il piacere, cullando nella mente idee piacevoli. Ma se l'organismo animale è adattato fin dai primordi della filogenesi sua a cercare il piacere, a sfuggire il dolore e a reagire corrispondentemente ai bisogni derivanti da stimoli esterni, esiste in lui tuttavia anche la pura imaginazione, nella quale l'individuo ritrova un nuovo illimitato campo, per interpretarli e giustificarli. Questo potere costituisce, per l'uomo, un pericolo dai cui eccessi deve guardarsi, ma è in pari tempo il supremo vantaggio che egli gode di fronte al bruto.

La salute delle nazioni e degli individui richiede un equilibrato rapporto fra le funzioni autistica e realistica: questa può controllare quella, ma quella contiene in sè le cose più gelose del cuor nostro, cioè alcuni dei nostri maggiori ideali. Prendiamone cura, custodiamola, mettiamola a paro dei nostri maggiori progressi tecnici: ma non sia fatto mai che ne usiamo malamente a tormento ed a distruzione dei nostri simili.

Ma il pensiero autistico ha infine anche un valore positivo. Il fanciullo si educa da solo con la propria fantasia verso il conseguimento di una posizione sociale futura; esercita, nell'attività autistica, la sua potenza di pensiero, allo stesso modo come il gattino, trastullandosi, sviluppa la sua abilità nella caccia e nell'inseguimento. Il pensiero autistico, per migliaia di anni, ha dato forma all'etica umana; ha creato ideali che sarebbero stati incomprensibili con lo stesso pensiero logico: ideali certamente oscuri per un lato, ma brillanti come fulgide stelle da un'altro: stelle sul cui solco luminoso l'umanità barcollante trascina i suoi passi.

Prof. DOMENICO VENTRA
Direttore del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

RELAZIONE STATISTICA E MORALE del Manicomio Interprovinciale V. E. II. per l'anno 1914 [1]

All' Ill.mo Signor Presidente del Consorzio

Prima di esporre questo breve resoconto statistico e morale del *Manicomio Interprovinciale*, sento il bisogno di dare il benvenuto all' Illustre nuovo Presidente, da cui l' Istituto aspetta l' impulso vigoroso, che lo sospinga rapidamente verso l'alta e luminosa mèta, cui aspira.

E permettetemi, in nome di tutto il personale dello Istituto, di mandare anche un reverente saluto alla venerata memoria del compianto **Comm. Andrea De Leo**, il quale per molti anni con intelletto di amore ha presieduto questo spettabile Consesso, ed ha sempre spiegato con paterna premura tutta l' opera sua e la sua autorevole ed illuminata influenza, per il progresso morale e materiale del nostro Asilo, riuscendo durante il suo governo a risolvere l'annosa vertenza fra Provincie e Concessione, per cui il tanto invocato ampiamento è un fatto compiuto.

E, quantunque disfatto dal malore che lentamente usurava la sua valida fibra, ha voluto il 10 Marzo dell'anno 1914 trascinarsi fin quì, per dare con la sua presenza maggiore solennità alla posa della prima pietra di quel padiglione, che prelude al risorgimento edilizio del manicomio. Con voce afona, sorretta solo dalla ferrea volontà, ha in quella occasione pronunziato un discorso, che fu il canto del cigno, esuberante di nobili idealità e rivestito di quella forma eletta, che per lunghi anni lo avea elevato alla dignità di maestro e principe della grande oratoria forense.

La sua venerata memoria e la eredità larga di affetto e di stima, che lascia in mezzo a noi, sia arra ed esempio a tutti nel disimpegno del difficile apostolato.

---

1) Letta all'Assemblea Consorziale nella tornata del 31 gennaio 1915.

Durante l'anno 1914 sono stati ammessi in Manicomio 708 malati, di cui 439 uomini e 269 donne. La cifra degli entrauti aumenta ogni anno costantemente; possiamo ormai contare quasi due nuovi ospiti per ogni giorno. Nel 1912 sono stati ammessi 648 folli e nel 1913, 682.

Sicchè rispettivamente per le tre annate si è avuto in fin d'anno un aumento della famiglia ricoverata di 164, 108 e 68 degenti. Il vantaggio progressivo sulla cifra dei rimasti in rapporto a quelli dell'anno precedente, si deve al numero crescente delle dimmissioni.

I fattori di questo fenomeno allarmante sono sempre quelli di indole sociale, relativa alla più facile ospedalizzazione dei folli per le migliorate condizioni Ospedaliere, e per la sempre crescente fiducia che il popolo va acquistando nella missione pietosamente curativa più che carceraria dei manicomii; ma è vero altresì che le cause patogene dirette della follia sono anche esse in aumento, specie quelle di natura tossica, come p. es. l'alcool e la sifilide.

Presso noi è raro il vero alcoolismo acuto e cronico per la intossicazione grave da acquavite, assenzio e via dicendo, ma si estende su larga scala l'abuso del vino, il quale è capace di determinare stati psicopatici, la cui etiologia non è stata per lo passato tenuta in giusta considerazione, e che si risolvono dopo una più o meno prolungata astinenza. Questi malati, dal Manicomio tornano alla vita libera guariti dallo accesso psicopatico; ma persiste in loro la tendenza di ritornare alla triste abitudine per vizio, od anche per soffocare nell'ebbrezza e nell'oblio alcoolico le assillanti miserie di una vita grama e senza risorse.

Ben presto questi infelici tornano per tante volte in Manicomio, finchè l'azione deleteria dell'alcool finisce col determinare quella degenerazione nervosa, che è il sostrato anatomico della inguaribile demenza.

Difatti nella colonna della frenosi alcoolica si leggono accanto ai 29 uomini esistenti, 9 entrati durante l'anno e 8 usciti per guarigione. Questi provengono dagli entrati nel l'anno, che in seguito, se non tutti la maggior parte, ricomparirà negli anni successivi; mentre i rimasti non tarderanno ad assommarsi alla grande categoria dei dementi.

Nè si creda che questa esigua cifra stia a rappresentare il gran numero di coloro, che l'alcool sospinge al Manicomio; molti casi di allucinosi, di confusione mentale, di delirii paranoidi a tinta

persecutoria, forma gelosa e via, senza potersi diagnosticare per vere psicosi alcooliche, hanno avuto certamente come causa deter minante l'abuso del vino.

Un'altra grave causa di degenerazione e di follia, che si estende con effetti davvero deleteri, è la sifilide, la quale si è ritenuta fino a poco tempo fa causa indiretta della paralisi generale; ma nuovi studi non solo hanno acclarato che questa grave psicopatia mortale è di natura prettamente sifilitica, tanto che nel cervello dei paralitici si è trovato spadroneggiante il terribile spirochete; ma che molte psicopatie acute sono determinate dal virus nella sua fase secondaria. Donde i vantaggi che si ottengono dalle cure specifiche, dopo che la preziosa reazione di Wassermann mette in luce il nemico, spesso latente e sconosciuto.

Il nostro laboratorio di batteriologia e sierodiagnosi ci è stato di un grande aiuto per lo apprezzamento clinico e la cura, spesso vittoriosa, di simili casi.

Nei paralitici, il cui numero dolorosamente è sempre in aumento (entrati nell'anno 31 uomini e 6 donne) sia la cura mercuriale sia quella di arsenico nelle sue varie forme fino al Salvarsan, è rimasta inane a debellare l'inesorabile morbo, nonostante che la Wassermann abbia dato in tutti i casi esito positivo.

Un fattore nuovo di natura psicogena, che in questi ultimi mesi abbiamo dovuto rilevare è la impressione emotiva della guerra, massime in coloro che hanno figli o parenti richiamati sotto le armi.

Nel 1914 è davvero confortante la cifra degli *usciti* per guarigione, in prova, od a cura domestica. Questa ultima forma di dimissione rappresenta invero un numero minimo di fronte alle altre.

Sono stati dimessi ben 377 ricoverati, 226 uomini e 151 donne; cifra questa che di fronte agli entrati rappresenta una percentuale del 54, 25 %. Sono cioè usciti dall' Asilo più della metà degli ammesi, ed è quanto di meglio si poteva desiderare.

È prezzo dell' opera rilevare che fra i dimessi figurano 11 uomini e 2 donne rimandati per non constatata pazzia, la qual cosa è prova del modo diligente e scrupoloso che noi si mette nello studio dei nuovi ammessi durante il periodo di osservazione.

I *morti* invece non sorpassano la percentuale del 10 % sulla massa dei ricoverati. Infatti sono deceduti 263 folli, cioè 173

uomini e 90 donne, che di fronte alla cifra degli esistenti e degli entrati, rappresentano il 9,90 %; media soddisfacente per un Manicomio popoloso ed affollato come il nostro, ove abbondano paralitici, epilettici e dementi marasmatici.

Scorrendo l'annessa Tavola statistica della infermeria si rileva come la massa dei decessi provenga in genere dalle categorie: stati epilettici, tubercolosi, catarri intestinali cronici, cardiopatie, marasma, paralisi generale.

Le malattie acute infettive nel nostro Manicomio sono relativamente rare, tranne poche bronco-pulmoniti e le solite febbri da colibacillosi e paratifo, da noi controllate sempre con la sierodiagnosi, le quali sono endemiche in questi paesi dove l'acqua potabile lascia molto a desiderare. Fra breve però tutta questa plaga sarà bonificata dalle magnifiche acque dell' Ausino. Come causa di morte figurano nella nostra tavola 15 casi di febbre infettiva intestinale e 10 di bronco-pulmonite, di fronte a 49 guarigioni dei primi e 4 dei secondi.

I decessi in mezzo ai casi di febbri infettive intestinali si hanno o per intercorrente localizzazione pulmonare, o per lo stato di grave esaurimento e decadenza somato-psichica precedente dei colpiti.

In ogni modo bisogna anche tener presente, che la maggior parte delle forme riportate sotto la categoria generica di febbri infettive intestinali sono accessi febbrili di breve decorso e di nessuna importanza, dipendenti da auto-intossicazione transitoria *ab ingestis.*

Durante la grave epidemia tifosa, che infieri in Nocera nell'estate del 1913, il Manicomio è rimasto immune per la precauzione adottata di far bere ai ricoverati l'acqua dei pozzi interni, cinque dei quali sono muniti di pompa a movimento elettrico. Senonchè, data la siccità dell'anno precedente, l'acqua è mancata, permanendone solo poca quantità nel gran pozzo del cortile Miraglia, insufficiente ai bisogni dell' asilo; per cui si è dovuto riparare tornando all'uso della sorgente civica anch'essa scarsa e soggetta a facili inquinamenti.

Nelle infermerie degli oftalmici, a parte gli stazionarii, affetti dai postumi cicatriziali del tracoma ormai completamente debellato in mezzo ai nostri malati con le più rigorose misure profilattiche e curative, entrano ed escono dopo poco tempo guariti, casi di semplici congiuntivi, che, massime nell'estate, si determinano per

l'azione delle luce e delle mosche. Trascurate in Sezione potrebbero facilmente diffondersi e degenerare in forme purulente, mentre opportunamente curate fin dall'inizio, si risolvono presto senza postumi.

In complesso, a parte queste manifestazioni inevitabili fra una densa famiglia di folli com'è la nostra, può affermarsi, che, non ostante le molte deficienze dell'Asilo, le sue condizioni igenico-sanitarie si mantengono ottime per la premurosa azione curativa, e per la grande pulizia e disinfezione, che noi si esercita costantemente sulle persone, sugli effetti di uso e negli ambienti tutti. La qual cosa ha meritato le sinceri lodi della Commissione di Vigilanza.

***

La Commissione di Vigilanza, nel rapporto redatto dall'Illustre Prof. Tamburini, ha fatto degli appunti e delle lodi sui complessi servizii del Manicomio Interprovinciale con quella obbiettività e competenza che sono qualità riconosciute del chiaro psichiatra di Roma e degli Egregi componenti la Commissione.

V. S., gli antichi componenti questo spettabile Consiglio e le precedenti Commissioni di vigilanza sono ormai da anni consapevoli di tutte le deficienze elencate nella sullodata Relazione, perchè questa Direzione, sempre che se n'è presentata l'occasione, è stato sollecita ad informarne chi di ragione, nei resoconti annuali o con straordinarii dettagliati rapporti.

Diremo brevemente quanto finora si è ottenuto e quanto resterà un pio desiderio finchè radicali e provvide riforme non avverranno nell'abbastanza ibrido organismo di questa Istituzione.

Densità dei ricoverati. La crescente densità dei ricoverati è stata da noi sempre deplorata, e durante le annose more della vertenza giudiziaria ed amministrativa fra Provincie e Concessione, si è provveduto con lo impianto successivo di ben 6 succursali, che contengono quasi la metà dei malati esistenti. Ora non siamo in migliori condizioni di prima, però abbiamo ormai raggiunto l'ideale delle nuove costruzioni, le quali non in via precaria ma in modo definitivo, regoleranno la capacità dell'Asilo secondo le norme dell'igiene, e la divisione dei ricoverati nei vari magnifici padiglioni secondo i criterii della moderna tecnica manicomiale.

Intanto la fabbrica del padiglione di sorveglianza nel reparto donne, iniziata fin dal Marzo scorso, sta per essere espletata, e si è già dato in appalto l'altro padiglione dei lavoratori, tutti e due capaci di oltre 300 ricoverati. A Materdomini è stato acquistato un caseggiato in continuazione di quella grande e bella succursale, e si darà tosto mano ai lavori necessarii per sopraelevare e coordinare i nuovi ambienti con gli attigui attualmente in uso.

Ond'è che fra non molto, potremo sfollare il Monteoliveto del sopracarico presente e provvedere per altri pochi anni all'aumento progressivo dei folli; purchè il lavoro murario proceda più spedito, e non si ritardi, in un prossimo avvenire, la costruzione degli altri padiglioni, che completeranno il progetto dell'ampliamento e definitivo assetto dell'Asilo.

Nelle ristrettezze attuali riesce di gran vantaggio la colonia di assistenza omo-familiare da me organizzata, che funziona egregiamente da circa un quinquennio nella provincia di Salerno, e che, durante l'anno decorso, è stata anche iniziata in quella di Cosenza. La Colonia Salernitana ha raggiunto la cifra di un centinaio di folli, con ottimi risultati sanitarii ed economici.

Fra noi non è, per ora almeno, attuabile l'assistenza etero-familiare consigliata dal Tamburini; per ragioni ovvie, che pubblicherò in una memoria a parte.

Servizio disciplinare. Porterei vasi a Samo, se volessi ripetere alla S. V. quanto sono andato proclamando in tutte le tonalità ed a tutte le orecchie, riguardo alle qualità morali dei nostri infermieri, che devono essere assunti all'infuori delle norme di legge. Ma la mia voce è rimasta sempre inascoltata, e mi auguro che non succeda lo stesso a quella più forte ed autorevole della Commissione di Vigilanza.

Anzi debbo ora aggiungere, che s'incomincia a verificare ciò che circa 20 anni or sono avevo previsto. Gl'Infermieri, allora giovani, cominciano ormai a diventare vecchi, e taluni inabili al pesante lavoro inerente alla propria mansione; e noi non possiamo, in mancanza di una qualsiasi pensione, gettare sul lastrico a morir di fame chi ci ha consacrato la giovinezza, e tutta una vita di sacrifizii e di abnegazione, inevitabili nella custodia ed assistenza degli alienati.

Sicchè man mano il nostro corpo disciplinare diventerà composto di ragazzi analfabeti, instabili e svogliati, e di vecchi inabili,

fiacchi e storditi. Il grave problema è stato posto da noi, ed ora ribadito dall'Autorità del Prof. Tamburini; spetta alla provvida azione delle SS. VV. d'accordo con la Concessione, risolverlo equamente, tenuto presente che il fattore economico rappresenta la patogenesi della lamentata deficienza.

Se è vero il rilievo della Commissione sulla inferiorità morale e tecnica del nostro personale disciplinale, non è egualmente esatta l'affermazione che esso sia inferiore al numero di 1 su 12, richiesto dal contratto di Concessione. Chè anzi per il bisogno del servizio di guardia nelle diverse sezioni e succursali, la proporzione degli infermieri è stata sempre superiore alla contrattuale. E la stessa Commissione ha dovuto convenire in ultimo che nello insieme, all'epoca della visita, esisteva un infermiere su 11 e non su 12 ricoverati. E' sul totale che bisogna fare la percentuale, non sulle singole sezioni, dove necessariamente il numero varia secondo le disposizioni del Direttore e in rapporto alla qualità dei ricoverati.

Ciò premesso, è prezzo dell'opera far rilevare che anche noi abbiamo prospettato al Prefetto ed al Consiglio la necessità, che per le esigenze di un regolare servizio, non solo si dovrebbe provvedere alla sostituzione degli infermieri, che pel turno di riposo, sono giornalmente fuori del Manicomio; ma che la proporzione contrattuale avrebbe dovuto rialzarsi per lo meno al 10 %.

Servizio sanitario. Il parere della Commissione sull'andamento del servizio Sanitario è tanto lusinghiero, che sarà per me e per i miei medici ambìto compenso al diuturno lavoro, e spinta a far sempre di più per degnamente meritarlo.

Il rimarco del Tamburini sulla ristretta percentuale numerica dei sanitarii in rapporto alla massa dei ricoverati, non si è fatto mai sentire per la iperattività e solerzia degli esistenti, che suppliscono ad usura quelli che dovrebbero esserci.

Di fatto la Commissione ha avuto parole di lode per il modo come procedono il servizio di cura ed assistenza, il servizio tecnico delle diverse sezioni, la vigilanza della igiene, della dietetica e della tenuta degli alienati, nonchè per l'attività del lavoro scientifico dei sanitarii nei laboratorii istologico, batteriologico e sieroterapico, nello studio del vasto materiale clinico e nella feconda produzione che anima il nostro antico periodico « Il Manicomio » il quale, rinato ora a vita novella, è l'orgoglio nostro, dello Istituto e dell'Amministrazione, pronta a qualunque spesa pur di mantener

alto il prestigio di questo organo rivelatore del movimento intellettuale della pia Opera.

D'altronde finchè la condizione economica dei medici non sarà stabilmente migliorata col nuovo assetto finanziario consigliato dalla Commissione, quel tanto che a loro viene annualmente dal dividendo degli stipendi non corrisposti per la differenza numerica in rapporto alla percentuale contrattuale, rappresenta un compenso alla maggior fatica ed un aiuto indispensabile senza il quale sarebbe impossibile la prestazione dell'opera loro.

Dietetica e guardaroba. Sono i due servizi che in manicomio procedono relativamente bene. La Commissione e gli Ispettori di turno sono sempre rimasti soddisfatti per l'abbondanza e qualità degli effetti d'uso, pel modo come procede il servizio di lavanderia e della disinfezione, nelle vasche a serpentino, o nella stufa, quando il bisogno lo richiede. I generi alimentari, nonostante le attuali disastrose condizioni del mercato, sono in generale soddisfacenti. La vigilanza alla ricezione è fatta dal Medico di turno ed anche spesso da me o dal Vice Direttore, e non si manca di rifiutare i generi che non rispondano alla qualità stabilita.

Mezzi di contenzione. Un' ultima parola intorno alla osservazione fatta dal Prof. Tamburini, il quale si meraviglia del non aver trovato ancora nel nostro Manicomio l' attuazione del no-restraint.

Egli lo giustifica con l'affollamento e la deficienza del personale di assistenza. Ed è vero.

Ma vi è di più. Il numero dei repressi non si deve calcolare solo fra la popolazione del Monteoliveto, ove si trovano i malati acuti e pericolosi, ma sopra quella complessiva di tutto il Manicomio. Ed allora la percentuale scenderebbe di molto; perchè nelle succursali, ove risiedono tranquilli e dementi, i mezzi di contenzione o non esistono, o sono limitati a qualche raro caso. È' così che la percentuale del 10 scende al 4. Un'altra cosa da tener presente è che nel nostro Istituto, per una improvvida disposizione della Legge sui Manicomii, sono raccolti circa *ottanta delinquenti prosciolti*, e taluni pericolosissimi, i quali non potranno giammai essere trattati con la libertà e dolcezza, di cui sono circondati i folli.

Ora fra i nostri repressi, sempre in modo transitorio e con l'ordine giornaliero scritto dal Medico in apposito registro, i quattro quinti sono delinquenti epilettici ed impulsivi; per i quali

sarebbe grande imprudenza non ricorrere, quando è necessario, alla camiciuola od al manicotto, per metterli nella impossibilità di nuocere agli altri ed a sè stessi.

In simili casi la contenzione è una misura indispensabile di terapia e di previdenza, e spiega la ragione pratica per cui presso noi non è possibile il completo no-restraint.

Del senso largo di modernità a cui sempre si è ispirata la Direzione nel governo degli alienati, è prova il notevole numero di essi che giornalmente vengono adibiti ai più svariati generi di lavoro anche pericoloso; senza che il menomo inconveniente si sia mai verificato, e nonostante la deficienza di assistenti e di adatte officine. Quando si avranno i nuovi locali, l'Asilo assumerà l'aspetto di un operoso ed allegro villaggio: rimanendo il vero Ospedale racchiuso nei due grandi padiglioni di sorveglianza e nelle infermerie.

Finisco con l'augurio, che per il nostro Istituto si apra un'era nuova di progresso, segnato dalla sua rinascenza edilizia, e da un equo assetto finanziario, che, soddisfatti gli urgenti bisogni della vita, permetta a tutti la serenità di spirito ed il fecondo lavoro nel supremo interesse degli alienati e della grande Istituzione, che onora le nobili Provincie Consorti.

MOVIMENTO STATISTICO DELL'ANNO 1914

FRENOPATIE		Rimasti al 31 Dic. 1913		Entrati nell'anno 1914		Usciti nell'anno 1914 — Guariti		In prova		A cura domestica		Trasferiti		Non constatata pazzia		Morti		Rimasti al 31 Dic. 1914	
		u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u	d.	u.	d.	u.	d.	u	d.
Psicosi congenite	Frenastenia	196	111	51	11	..	..	11	..	8	2	..	..	..	..	22	8	206	112
	Pazzia morale	22	2	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	22	2
	Psicopatie sessuali	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Psicosi semplici acute	Stati maniaci	45	74	53	53	25	18	11	20	2	8	..	..	..	..	10	5	50	76
	» malinconici	89	78	35	29	7	15	10	7	4	2	..	..	..	..	3	6	100	77
	Amenza	31	50	45	36	17	17	11	18	..	2	1	1	..	..	13	3	34	45
	Frenosi sensoriale	79	71	10	8	5	4	6	..	..	3	..	..	..	..	1	..	77	72
Psicosi croniche primitive e consecut.	Paranoie	163	47	17	2	..	..	7	1	1	1	..	..	..	..	3	2	169	45
	Psicosi periodiche	15	21	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	15	21
	Demenza primitiva (precoce)	197	96	74	43	7	..	18	8	14	6	2	1	..	..	22	14	208	110
	Stati di demenza a) senile	67	49	37	39	..	..	7	4	2	..	..	..	..	..	30	27	65	57
	Stati di demenza b) secondaria	1	1	8	4	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	6	5	1	..
Psicosi paralitiche	Demenza paral. classica	29	8	31	6	..	..	2	..	1	1	1	..	..	..	29	3	27	10
	» » luetica	9	5	5	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	5	1	8	5
	» » alcoolica	13	3	1	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	1	..	11	3
	» » encefalomalacica	6	..	5	5	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	4	3	5	2
Psicosi da neurosi	Psicosi epilettica	89	61	38	27	..	..	4	4	9	5	..	..	..	..	20	11	94	68
	» isterica	5	21	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5	21
	» nevrastenica	5	5	2	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	5
	» ipocondriaca	10	8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10	8
	» coreica ecc.	1	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	4
Psicosi tossiche	» pellagrosa	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	» alcoolica	29	..	9	..	8	..	5	..	..	..	..	..	..	..	1	..	24	..
	» morfinica	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..
	» cocainica	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..
Psicosi infettive	Delirio acuto	..	1	3	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	2	..	1
	Psicosi pneumococcica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	» post-influenzale	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..
	» tifica, ecc.	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1
	» puerperale	..	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
	» da sifilide	7	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7	2
	Casi in osservazione	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	Non constatata pazzia	..	..	12	2	..	..	..	..	..	..	..	..	11	2	..	..	1	..
		1112	723	439	269	69	55	100	62	42	30	4	2	11	2	173	90	1152	751

Quadro II.

Movimento dei folli avvenuto durante l'anno 1914.

PROVINCIE CONSORZIATE ECC.		Esistenti al 31-12-1913	Ammessi durante l'anno 1914	Dimessi durante l'anno 1914	Morti durante l'anno 1914	Esistenti al 31 dicembre 1914
vellino	u	160	59	30	28	161
	d	129	44	24	21	118
ari.	u	262	99	46	36	279
	d	155	45	18	18	164
ampobasso	u	140	46	18	20	148
	d	103	24	16	10	101
osenza	u	151	45	27	17	152
	d	77	24	12	7	82
oggia.	u	155	54	33	13	163
	d	101	29	12	4	114
lerno	u	244	136	72	59	249
	d	168	103	69	30	172
Totale parziale	u	1112	439	226	173	1152
	d	723	269	151	90	751
Totale generale		1835	708	377	263	1903

Quadro III.

Movimento d' Infermeria dell' anno 1914.

DIAGNOSI	Rimasti al 31 dicembre 1913		Entrati nell' anno 1914		USCITI						Rimasti al 31 dicembre 1914	
					Guariti		Migliorati		Morti			
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Mania grave	»	»	6	2	3	»	»	1	3	»	»	1
Paralisi generale	»	1	7	3	»	»	1	»	6	1	»	3
Stato ansioso e sitofobia . .	1	»	3	2	2	1	»	»	»	1	2	»
Accesso apoplettiforme . . .	1	»	5	1	2	»	1	»	2	1	1	»
Accesso apoplettico	»	»	3	1	»	»	»	»	2	1	1	»
Accessi epilettiformi	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Emiplegia post-apoplettica .	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»
Stato epilettico	»	1	16	5	4	2	»	»	12	4	»	»
Anemia grave	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Nevralgia	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Seni fistolosi	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	1
Bronchite acuta	1	2	1	9	2	2	»	»	»	5	»	4
» cronica	3	»	6	3	»	1	5	1	»	»	4	1
Emottisi	»	»	1	2	1	2	»	»	»	»	»	»
Bronco-pulmonite acuta . .	»	»	8	6	2	1	1	»	5	5	»	»
Pulmonite crupale	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»
Endometrite	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
Tubercolosi	6	2	15	7	»	»	5	2	11	4	5	3
Gengivite flemmonosa . . .	1	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»	»
» catarrale	»	»	6	1	6	1	»	»	»	»	»	»
Catarro gastrico acuto . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
» » cronico . .	3	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»
A riportarsi	17	7	80	46	27	10	14	5	43	24	13	14

DIAGNOSI	Rimasti al 31 dicembre 1913		Entrati nell' anno 1914		USCITI						Rimasti al 31 dicembre 1914	
					Guariti		Migliorati		Morti			
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Riporto	17	7	80	46	27	10	14	5	43	24	13	14
Catarro intestinale acuto . .	»	»	11	19	11	9	»	»	»	4	»	6
» » cronico. .	»	8	8	5	2	1	»	2	5	6	1	4
Trombosi marastica	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»
Sciatica	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»
Gravidanza	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1
Eresipela	»	»	3	10	3	9	»	»	»	1	»	»
Nefrite acuta	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	1	»
» cronica	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2
Cistite	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Peritonite	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»
Vaginite catarrale	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»
Elefantiasi di un arto . . .	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Blenorragia.	2	»	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Otite purulenta	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Arterosclerosi	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Cardiopatia.	»	1	2	3	»	»	»	»	2	4	»	»
Flemmone	»	»	2	1	2	1	»	»	»	»	»	»
Ascesso caldo	»	2	9	4	8	3	»	»	»	»	1	3
Decubiti.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»
Ernia.	»	»	2	3	1	»	»	3	1	»	»	»
Tubercolosi ossea.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
Scrofola	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Tumori	»	»	2	2	»	»	»	»	1	1	1	1
Piaghe varie	»	1	4	»	4	1	»	»	»	»	»	»
A riportarsi	21	20	129	105	62	38	14	10	55	43	19	34

DIAGNOSI	Rimasti al 31 dicembre 1913		Entrati nell'anno 1914		USCITI						Rimasti al 31 dicembre 1914	
					Guariti		Migliorati		Morti			
	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.
Riporto	21	20	129	105	62	38	14	10	55	43	19	34
Contrattura degli arti inferiori	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Lesioni traumatiche	»	»	17	6	15	5	1	»	1	»	»	1
Favo	1	»	3	2	4	2	»	»	»	»	»	»
Ernia inguinale	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
Delirio acuto	»	»	3	»	»	»	»	»	3	»	»	»
Febbre infettive intestinale .	3	»	44	25	30	19	»	1	12	3	5	2
» reumatica	»	»	17	3	17	3	»	»	»	»	»	»
» influenza	»	»	3	»	3	»	»	»	»	»	»	»
» gastrica	»	3	9	15	9	18	»	»	»	»	»	»
Dermatite.	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	»	»
Catarro dissenterico . . .	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»
Sifilide costituzionale . . .	»	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»
Idropeascite	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»
Tigna favosa	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»
Scabbia	»	»	10	»	10	»	»	»	»	»	»	»
Oftalmite	50	30	48	108	29	70	5	35	»	»	64	33
Marasma	68	40	120	45	»	»	13	13	101	42	74	30
Prolasso uterino	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»
Paralisi spinale spastica. . .	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Paraplegia	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Sclerosi a placche	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Psicosi sifilitica paralitiforme	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Pleurite essudativa	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
TOTALE	147	96	409	314	183	156	37	62	178	90	163	102

BIBLIOGRAFIE

1. W. A. White. — *Outlines of Psyschiatry* (Nervous and Mental Monograph Series n.° 1.) 4th Ed. New-York 1913.

Questo libro, di cui in breve volgere d'anni si è fatta già la quarta edizione, costituisce il primo numero di una serie di monografie nel campo della neurologia e della psichiatria, edita da W. A. White e Smith Ely Jelliffe, nomi già favorevolmente noti in America e all'estero.

È un breve compendio di psichiatria, che risente ancora notovolmente l'influenza delle idee e della classificazione sintetista di Kraepelin, ma che porta, in ogni capitolo, un'impronta personale; una distribuzione pratica, se pur spesso un pò sommaria, degli argomenti; molti interessanti rilievi di psicologia e di psicopatologia generale.

Sembra solo un pò strana la collocazione della pellagra fra le forme neuro psichiche « sintomatiche » a lato dell'uremia, delle coree, del mixedema. Chiudono l'opera un largo schema di esame clinico anamnestico e obiettivo e l'esposizione dei testi di Binet-Simon.

Levi Bianchini

2. S Freud. — *Selected Papers on Hysteria and other Psychoneuroses* (2nd ed). — Nervous and Mental Monograph Series n.° 4 New-York 1912.

La traduzione di questi articoli di Freud, comparsi in varie epoche evolutive della sua teoria e riuniti già da alcuni anni in volume, è dovuta al dottore A. A. Brill, uno degli ammiratori, in America, della nuova dottrina psicoanalitica.

I capitoli 1-4 sono dedicati al meccanismo psichico dell'isteria, alla sua psicoterapia, all'esposizione dettagliata di due casi clinici.

I capitoli 5-8, che riguardano una delle parti più antiche delle idee freudiane, trattano delle neurosi di difesa (Abwehrneuropsychosen), della separazione fra neurastenia e nevrosi d'angoscia, della loro psicoterapia: il 9° e 10° della teoria sessuale delle neurosi: l'undecimo è il ben noto vivace articolo polemico di Freud sulla psicoanalisi « da strapazzo » (wilde Psychoanalyse); l'ultimo infine parla dei futuri orizzonti della terapia psicoanalitica.

Le dottrine di Freud hanno preso già larghissimo piede in America: la traduzione di questo libro e di altri molti del clinico viennese, ne sono la più bella dimostrazione.

LEVI BIANCHINI

3. PLAUT. — *The Wassermann Sero-Diagnosis of Syphilis in its application to psychiatry* (Nervous and Mental disease Monograph Series n.° 5) 1911.

Quest'opera, già nota, di Plaut descrive la storia e le modalità tecniche della reazione di Wassermann, i vari metodi proposti per renderla più facile e rapida: la sua specificità,— che oggi non è più ammessa,—i risultati dell'applicazione del metodo nella sifilide nervosa, paralisi generale, tabe e psicosi tabetiche, frenastenie eredosifilitiche. Chiudono l'opera le ricerche sulle modificazioni della reazione sotto l'influenza del trattamento mercuriale e i dati comparativi fra siero — e citodiagnosi.

Oggi, dopo un'esperienza di quasi nove anni la reazione di Wassermann ha un valore assai più limitato di quanto in origine le si era attribuito.

Già il fatto che l'antigene sifilitico poteva essere perfettamente bene sostituito, nella reazione, dall'estratto di cuore di cavia, dimostrava la possibilità di un comportamento biochimico identico di due tessuti: uno specificamente malato, l'altro sano. ma gli ulteriori reperti, sia negativo nella sifilide stessa, sia positivo nella pellagra, alcoolismo, cloronarcosi ecc., hanno dimostrato che la W. R., oltre all'essere esponente di un particolare comportamento fra lipoidi e colloidi organici, non costituisce altro se non un ausiliario utile certo, ma mai assoluto, della diagnosi di lue, sia acquisita che ereditaria.

LEVI BIANCHINI

4. FREUD. — *Three Contributions to the Sexual Theory* (Nervous and Mental Disease Monograph Series n.° 7, New-York 1910).

Traduzione del Dott. A. A. Brill dei tre articoli di Freud sulle aberrazioni sessuali, sulla sessualità infantile e sull'evoluzione puberale di questa, che compendiano la tanto discussa dottrina pansessualistica. Di questi articoli è comparsa or ora la terza edizione tedesca (Deuticke, Wien 1915): la prima traduzione italiana comparirà pure fra breve come secondo volume della mia biblioteca psichiatrica internazionale, edita da questo Archivio.

LEVI BIANCHINI

5 W A. WHITE.—*Mental Mechanisms* (Nervous and Mental Disease Monograph Serie n.° 8, New-York, 1911).

Saggi di psicomeccanica, o di meccanica psicologica nei quali si intravede con evidenza l'influsso delle recenti dottrine sulla psicoanalisi e sulla ricerca sperimentale delle associazioni e dei complessi.

L'ingegno brillante e versatile dell'autore spazia nell'analisi e nella costituzione della coscienza: nei rapporti fra il fisico ed il mentale, (che immortalarono più d'un secolo fa il grande Cabanis) nella simbolistica del sogno e dell'incosciente; nella descrizione dei metodi di ricerca dei « complessi » e dei loro tipi principali. Una particolare cura è dedicata all'esposizione critica delle teorie più recenti sull'isteria, ai rapporti fra psicologia ed arte, ed infine alla portata teorica e pratica della psicoanalisi e della psicoterapia.

L'ultimo, degli otto capitoli, è dedicato alla profilassi in medicina mentale: l'A. insiste sull'importanza dell'educazione psichica preventiva fino dall'infanzia.

L'opera dell'A. come molte altre americane, contiene forse troppi importanti argomenti, per poterli sviscerare tutti: ma denota quella simpatica tendenza ad assimilare, dall'estero, tutto ciò che la più antica, e meglio organizzata scienza europea, può offrire di nuovo e di buono. Peccato che la produzione italiana sia tanto, e forse sistematicamente, trascurata.

LEVI BIANCHINI

6. STUDIES IN PSYCHIATRY.—Vol. I (Nervous and Mental disease Monograph Series n.° 9. New-York 1912).

Primo volume di una raccolta di articoli, su argomenti di psichiatria e neuropatologia, scritti dai vari membri della Società Psichiatrica di New-York.

1. *F. Peterson. The Insane in Japan.* La medicina giapponese, che deriva dalla China e dalla Corea, è antichissima: già nell'anno 702 d. C. esisteva una legge riguardante la cura dei pazzi, epilettici, lebbrosi, ciechi e storti; e data dal 982 d. C. il primo libro di medicina « Ishinho » in cui sono descritte medicalmente la pazzia e l'epilessia. Seguono notizie sull'attuale organizzazione manicomiale in Giappone, molto progredita: ci sono dei manicomi che ospitano 3000 e più alienati. (Una documentazione iconografica molto interessante degli asili Giapponesi si trova nell'opera « Heil und Pflegeanstalten für psychisch Kranke in Wort und Bild, Vol. I, Marhold, Halle, recensionata in questo numero).

2. *G. H. Kirby. — A Study in Race Psychopathology.* — Studio di psicopatalogia etnica comparata su 1403 soggetti: di cui 408 irlandesi,

313 ebrei, 194 tedeschi, 126 nord-americani, 81 italiani, 51 negri, 35 inglesi, 195 di altre razze. Conclusioni:

Gli irlandesi presentano una prevalenza alle psicosi alcooliche spiccatamente maggiore di qualunque altra razza: sono perciò esposti alle involuzioni senili ed alle psicosi con lesione organica del cervello.

Gli ebrei sono immuni dall'alcoolismo. Stanno invece quasi al vertice delle psicosi funzionali, specialmente maniaco-depressiva, demenza precoce, neuropsicosi e stati depressivi.

Nei neri la paralisi generale è proporzionalmente più frequente che in qualunque altra razza: l'alcoolismo invece è al minimo (salvo gli ebrei). Scarse sono anche le psicosi funzionali, specie la maniaco-depressiva.

I tedeschi presentano una percentuale piuttosto alta di demenza paralitica: gli italiani hanno pochissima paralisi generale, pochissimo alcoolismo; in compenso, il massimo di psicosi epilettiche e di casi non classificati (?).

Gli Inglesi sembrerebbero tenere il record della demenza precoce: ma lo scarso numero di casi osservati impone qualche riserva a tale giudizio.

Gli Americani non presentano particolari caratteristiche differenziali; sembrano però essere rappresentate da una percentuale piuttosto alta, nei soggetti nati da genitori nordamericani, la psicosi maniaco-depressiva, la paralisi generale, le psicosi alcooliche.

3. *C. H. L. Dana. — The curability of early paresis:* — Per quanto riguarda gli esiti e la curabilità di fenomeni parasifilitici in soggetti colpiti in giovane età da sifilide, l'A, distingue quattro modalità:

1. Sintomi acuti di encefalite sifilitica con esito più o meno rapido in paralisi o guarigione, con o senza sintomi mentali; oppure con esito in sclerosi parenchimatosa con gravi alterazioni vasali.

2. Sintomi mentali acuti, di eccitamento o di depressione, con esito in paralisi o guarigione.

3. Sintomi tabetici e paretici, con esito sia in tabo-paralisi, sia in tabe con arresto della paralisi.

4. Involuzione subdola psicosomatica, con esito in paralisi.

4. *C. Macfie Campbell. — The diagnosis of general paralysis.* — Discussione e contributi clinici alla diagnosi differenziale della paralisi generale, specie con la tabe, con tumori, con forme involutive corticali demenziali, non rigorosamente paralitiche.

5. *P. Bailey. — Clinical Varieties of periodic Drinking.* — Forme di dipsomania si possono osservare nella paralisi generale, nelle psicosi maniacodepressive, nelle forme paranoidi, specie di gelosia (alcoolismo?) in forme neuro-degenerative. La cura è individuale e si deve uniformare ai risultati dell'analisi psicopatologica di ogni singolo paziente.

6. *A. Hoch. — A Study of some cases of delirium produced by drugs.* Contributo clinico di quattro casi di delirio esotossico: due da morfina, due

da bromuri di cui uno di questi associati a ioscina. L'A, dallo studio comparativo del delirio tossico medicamentoso col delirio degli alcoolisti abituali, di cui possediamo la magistrale descrizione del Bonhöffer, conclude che questi hanno molti punti di contatto rilevabili sia dalla sintomatologia fisica che psichica: e che le apparenti differenze scompaiono quanto più si approfondisca, in entrambi, l'analisi comparata.

7. *A. Mayer. — Remarks on habit — disorganisation in the essential deteriorations, and the relation of deterioration to the psychasthenic, neurastenic, hysterical and other constitutions.*

A proposito di due casi clinici di demenza catatonica e catatonico-paranoide, che l'A. studia a preferenza dal punto di vista psicologico, egli ammette che fra i motivi determinanti la disgregazione mentale siano da calcolarsi i fattori endogeni, costituiti da una costituzione psico-degenerativa individuale, evolutiva, non necessariamente ereditaria: ed aggiunge, allo stesso proposito, delle osservazioni sulle parentele, e sulle differenze psicopatologiche delle schizofrenie, specie negli stadi iniziali, con le costituzioni psiconeurotiche più comuni, come la neurastenia, l'isteria, l'ipocondria. L'A. riconosce, come squisitamente caratteristico della demenza precoce, l'allontanamento dalla realtà, la tendenza all'irreale, la deficienza di critica: in una parola tutti i fenomeni più precoci ed intrinseci della disgregazione psichica (che io chiamo psicoschisi).

8. *A. Hoch. — Constitutional factors in the dementia praecox group.*

Lavoro di intonazione analoga al precedente. La psicoschisi dei dementi precoci è la risultante dell'azione di fattori endogeni, di morbose tendenze costituzionali, per cui la personalità psicologica perde mano mano i contatti con la realtà, e, dissociandosi, si rinchiude in sè stessa, dando il negativismo e l'autismo schizofrenici.

9. *H. A. Cotton. — Comparative psychological studies of the mental capacity in cases of dementia praeox and alcoholic insanity.*

Ricerche iniziate fino dal 1906 nella clinica di Kraepelin, sulla rapidità di associazione e di calcolo; sull'esercizio, sulla stanchezza, sulla volontà, nei dementi precoci e negli alcoolisti.

Conclusioni:

1. Il sintomo più importante della demenza precoce é un disturbo della volontà, che invece è molto più conservata nell'alcoolismo.

2. La stanchezza (esauribilità—Ermüdbarkeit) manca nella demenza precoce: è minore negli alcoolisti, ma in questi a sua volta è maggiore che nei normali.

3. La capacità mentale assoluta, come risulta dalla somma del lavoro compiuto, varia di poco nei tre gruppi, ma è minore nella demenza precoce: in questa come nell'alcoolismo i risultati sperimentali concordano perfettamente con i dati dell'esame clinico.

10. *A. Meyer. — The relationship of hysteria, psychastenia and dementia praecox.*

Un caso di una isterica conclamata fin dall'età di 11 anni, che, attraverso ad una serie tipica di turbe neuro-somatiche giunge ad una forma ebefrenocatatonica: un'altro di un giovane di 27 anni, ossessivo e fobico che pure, a quest'età, evolve verso la demenza.

L'A, anzichè parlare di « isteria, » neurastenia « psicastenia » come entità cliniche è disposto a considerarle come particolari modalità di reazioni psicopatologiche di personalità tarate: in queste, il passaggio alla demenza si farebbe per una « sostituzione » di reazioni diverse, endogene, non necessariamente organiche, capaci di esagerare la dissociazione psichica e condurre al quadro della demenza.

11. *Diefendorf and Dodge. — Au experimental study of the ocular reactions in the psychoses, from photographic records.*

Ricerche di psicofisiologia sperimentale col fotocronografo di Dodge, modificato, in varie psicosi, con risultati sulla misura psicometrica dell'attenzione e del tempo di reazione.

12. *Smith Ely Jelliffe. — Cyclothymia — the mild form of manic depressive psychoses and the manic-depressive constitution.*

Brillante articolo sulla costituzione ciclotimica (Kahn), di cui l'aspetto depressivo è forse il più interessante: fra i ciclotimici depressivi l'A. ricorda a preferenza i tipi a sofferenze gastro-enteriche, i dipsomani, i tipi sessuali.

13. *Tyson and L. P. Clark. — The Eye Syndrome of dementia praecox.*

Studio sulle lesioni del fondo dell'occhio e delle reazioni pupillari su 115 casi di demenza precoce.

1. In più che la metà dei casi si possono trovare lesioni del fondo dell'occhio, di varia natura e intensità, dalla perineurite ottica all'atrofia: le alterazioni sembrano tanto più evidenti, quanto più sono avanzati il grado di deperimento organíco e l'evoluzione della malattia.

2. L'ampiezza media del forame pupillare è maggiore nei dementi precoci che nei sani (4,7 mm contro 3,61.) La reazione alla luce, all'accomodazione, alla convergenza, la reazione consensuale, sono normali circa nei tre quarti dei casi: il riflesso dolorifico è quasi sempre assente: così il riflesso psichico e quello di Pilcz-Wesphal. La sensibilità corneale è quasi sempre diminuita: il campo visivo è, in media, notevolmente ridotto di fronte alla norma (difetto di attenzione).

Gli A. credono di poter parlare con fondatezza di una « sindrome oculare della demenza precoce »: riportano in fine i reperti anatomopatologici trovati da Southard che vorrebbe aver fissato, per ogni varietà clinica di quella, una particolare localizzazione anatomica.

Così le lesioni pre-rolandiche serebbero caratteristiche delle forme paranoidi: le lesioni postrolandiche e occipitali sarebbero comuni a queste

e alla catatonia: quelle cerebellari, caratteristiche della catatonia. Non è detto quale sindrome anatomica corrisponda alla forma ebefrenica, che è la più frequente: ma si noti che gli americani tendono a inglobarla sempre più nel gruppo delle « catatonie » alla moda dei tedeschi.

Gli A. concludono:

a) La demenza precoce presenta un complesso di sintomi oculari precoci, costanti ed affini: come alterazioni del fondo dell'occhio, del campo visivo, dell'iride, della sensibilità corneale: sintomi importanti per la diagnosi di natura e per la diagnosi differenziale con le psicosi maniaco-depressive, con l'isteria, le neurosi costituzionali ecc.

b) Questa sindrome oculare porta un sussidio alla teoria autotossica della demenza precoce e dimostra che il veleno elaborato agisce primariamente sui vasi, in ultimo sui neuroni. Esso può essere di varia origine: o da alterato metabolismo (insufficienze ghiandolari?) o da intossicazione epato-enterica.

c) Essa ha un certo valore prognostico perchè la sua gravità è parallela a quella della malattia.

d) Le lesioni del nervo ottico stanno in perfette accordo con quelle, già note, degli altri tratti della sostanza cerebrale.

LEVI BIANCHINI

7. MELTZER. — *Leitfaden der Schwachsinnigen und Blödenpflege.* — Marhold, Halle a S., 1914.

Questo libriccino, di assistenza ai deficienti ed agli idioti, è dedicato alla memoria di *F. von Bodelschwingh*, morto nel 1910, che da semplice contadino si era fatto pastore evangelico ed era divenuto il più popolare sostenitore della spedalizzazione dei deficienti epilettici e idioti, in Germania.

A lui si deve infatti il celebre asilo *Bethel* a *Bielefeld,* fondato con i soli contributi della carità e che ospita oggi più di 4000 piccoli diseredati della mente e del corpo.

L'autore di questo libretto è un bravo medico ed un buon cristiano: due requisiti ottimi, qualunque sia il punto di vista da cui si considerano. Spira da ogni pagina un profondo senso di pietà e di carità: spesso sono citate parole del vangelo che riproducono, a tanta distanza di secoli e di idee, il pensiero del divino figliuolo di Israello, il popolo eletto.

Premessa una parte generale sui doveri dell'infermiere verso di sè e verso la tecnica manicomiale in genere, l'A. tratta brevemente, ma con molta cura dell'assistenza particolare ai deficienti: sul modo di nutrirli e di assisterli, e, sopratutto, sul modo di educarne il psichismo, per quanto è concesso di agire in tal senso agli infermieri ed al personale di sorveglianza

Un solo principio — in tutta la piana ed amorosa esposizione del lavoro — inculca l'A. a chi lo legge: non stancarsi mai nell'esercizio della pietà, bandire la frase « senza speranza », convincersi che in ogni deficiente, dove più dove meno, la rieducazione paziente, la pietà, l' assistenza — aiutate dal tempo e da una fede incrollabile — possono dare alla fine dei successi tangibili, duraturi, spesso insperati.

LEVI BIANCHINI

8. J. BRESLER. — *Heil-und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild.* — C. Marhold, Halle. 1914.

Già da alcuni anni l'editore Marhold ha intrapreso la pubblicazione di un'opera colossale: sia dal punto di vista, primo ed essenziale, etico-sociologico, che da quello, più modesto ma non meno interessante, della documentazione iconografica.

Quest'opera, destinata, come lo dice il titolo, ad illustrare tutti gli istituti di cura per malati fisici, mentali, morali, e per gli invalidi della Germania (Die Anstaltsfürsorge fur Körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild) è divisa in dieci parti e comprenderà più di tredici grossi volumi, la maggior parte dei quali è oramai pubblicata.

La prima parte descrive gli ospedali civili; la seconda i sanatorii per tubercolosi; la terza, gli asili ed i sanatorii per bambini; la quarta, gli istituti per gli storpi; la quinta, quelli per i ciechi; la sesta, le scuole, gli istituti ed i ricoveri per sordomuti; la settima, i manicomii pubblici e privati; l'ottava, gli istituti per deficienti, epilettici e giovani anormali psichici; la nona, i riformatorii e gli istituti di educazione; la decima i ricoveri per vecchi, invalidi, poveri, e gli ospedali di incurabili.

I due splendidi volumi sui manicomii tedeschi — redatti dal Bresler, — furono offerti in dono ai membri del quarto Congresso internazionale di assistenza degli alienati a Berlino, nel 1910, e sono già noti ai psichiatri italiani.

Ma l'attività accentratrice dell' infaticabile collega non si limitò alla Germania: così che questi, dopo aver fatto comparire un ulteriore volume, per opera dello Schloess, sui manicomii della Monarchia austro-ungarica, pubblica ora una nuova opera (Heil und Pflegeanstalten fur Psychisch Kranke in Wort und Bild) che raccoglie ed illustra i più importante manicomi di tutto il mondo e di cui è comparso a principio d'anno il primo volume.

In questo volume, ricco di nitidissime illustrazioni, di interessanti notizie storico-statistiche, di ragguagli sulla tecnica manicomiale e sulla legislazione di vari paesi d'Europa e dell'estero (Bulgaria, Serbia, Giappone Brasile, ecc.) sono raccolti 74 ospedali psichiatrici: fra manicomi, colonie

agricole, istituti per epilettici e deficienti, Sanatori privati, così divisi: Belgio 6, Brasile 2, Bulgaria 1, Danimarca 6, Germania 7, Olanda 7, Giappone 9, Norvegia 1, Russia 11, Serbia 1, Ungheria 22, Italia 1 (manicomio di Udine).

Mi auguro che nel secondo volume di quest'opera internazionale il nostro pigro bel paese sia rappresentato un pò più generosamente: dal momento che non mancano fra noi manicomi moderni, belli e bene organizzati.

LEVI BIANCHINI

9. STRITTER-MELTZER — *Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und Psichopathische Jugendliche* —Marhold, Halle, 1912—1 vol. in-4.° di p. 343. Mk. 14.

È l'ottavo volume di quella splendida serie di pubblicazioni sugli istituti ospedalieri di Germania che l'editore Marhold di Halle pubblica da alcuni anni (v. qui sopra): e ci mette sott'occhio il meraviglioso progresso compiuto dalla Germania anche in questo campo, così fecondo, della spedalizzazione e pedagogia correttiva dei giovani epilettici, idioti, deficienti, sordomuti, invalidi morali. Vi è descritto, fra gli altri, l'istituto per epilettici e deficienti di Bethel a Bielefeld (Vestfalia), fondato nel 1865 da alcune persone caritatevoli, e che divenne famoso dopo il 1872, da quando cioè vi fu preposto, come capo spirituale e organizzatore, il pastore Federico von Bodelschwingh.

Interessanti, per i dettagli tecnici e per le illustrazioni, sono l'istituto pedagogico provinciale di Chemnitz-Altendorf in Sassonia, quello evangelico per deficienti di Wittekindshof e quello per deficienti israeliti a Schwelm, in Vestfalia; gli istituti Wagner per idioti in Baviera; l'istituto per epilettici a Carlhof (Prussia orientale) e molti altri.

Il bel volume, ricchissimo, come gli altri, di illustrazioni, dati statistici, planimetrie, contiene la descrizione di 58 istituti del genere, pubblici e privati. Ahimè, in quante cose, a malgrado di tutto, Germania docet!

LEVI BIANCHINI

10. EULENBURG. — *Kinder und Jugendselbstmorde.* — Abh. a. d. g. f. N. u Geisteskr. Bd X.° Hft. 6 Marhold, Halle 1914.

Studio statistico su 323 casi di suicidio giovanile, raccolti nel quadriennio 1910-13 riguardanti ragazzi e ragazze al di sotto e fino ai 20 anni di età. Di questi 191 erano maschi, 132 femmine, cioè in proporzione di 1.45: 1

Rispetto all'età si trovano i seguenti dati:

al di sotto dei 10 anni	19	casi di cui	12	m.	7	f.
dagli 11 — 15. . . .	113	» »	78	»	35	»
dai 16 — 20. . . .	191	» »	101	»	90	»
Totale	323		191		132	

È curioso il fatto che fino ai 15 a. il contingente dei maschi è notevolmente superiore a quello delle femmine (90 m. su 42 f.=2,14: 1); mentre dai 16 ai 20 il contingente delle femmine è notevolmente maggiore e quasi uguale a quello dei maschi (101 m. su 90 f.=1,1: 1).

La ragione di questo fatto si spiega con i motivi determinanti il suicidio. Nei maschi essi sono costituiti sopratutto dal timore del castigo (a scuola o in casa, insuccessi agli esami, odio alla scuola: appena nel 14 $^0/_0$ per motivi amorosi) e inversamente, nelle femmine, da motivi d'amore, specialmente nel 4.° quadriennio di vita: 40-59 $^0/_0$; cui seguono il timore del castigo, le questioni in famiglia, dispiaceri ecc.

Frequente, in tutti questi soggetti è la tara neuropatica.

Fra le modalità del suicidio poi, predominano, a enorme maggioranza, nei maschi l'arma da fuoco (43 $^0/_0$): nelle femmine l'annegamento (65 $^0/_0$) l'avvelenamento 25 $^0/_0$, il precipitarsi dalla finestra 20 $^0/_0$.

I suicidi collettivi sono relativamente molto frequenti nei due sessi: 66 (29 m. 37 f. una volta 4 f. insieme, un'altra 3 m.): le coppie suicide per amore sono 16!

L' A. preconizza a cura di tanto scempio, l'educazione dei genitori ed il risanamento dello spirito giovanile con l'educazione del senso morale e della volontà. Difende strenuamente il principio che l'adolescente, lungi dal considerasi da un vieto punto di vista sentimentale-filosofico come un essere irresponsabile, perchè tenero ed inesperto, deve essere trattato alla stregua di un essere cosciente, volitivo, responsabile; e deve venir guidato, sia nella scuola, che nella famiglia, che nella società, da una nozione adeguata e precisa della propria personalità e dei propri doveri sociali e civili.

Questo è il doppio compito della famiglia, dell'educatore, del psicologo.

Levi Bianchini

11. Aronsohn. — *Der psychologische Ursprung des Stottern.*— (1 br. di p. 24 dalle Abhandl. a. d. g. Nerv-u Geisteskr. Bd XI n.° 1. — Marhold, Halle 1914).

Secondo le idee dell'A. evidentemente informate alla metodica picanalitica freudiana, la balbuzie è un disturbo verbale che, in molti casi,

insorge fondamentalmente in presenza di persone estranee, che incutono il rispetto, o di superiori.

Il carattere essenziale della balbuzie è che essa è legata all' *inizio* del discorso, ed è allora *primitiva;* si dice *secondaría* quando si ripete durante la frase. Quest'ultima naturalmente concorre a peggiorare il difetto fonetico, ma non ha, clinicamente, alcun particolare valore.

I fenomeni primarii dei balbuzienti sono direttamente originati da due particolarità psichiche dei soggetti: 1.° lo sforzo compiuto da questi per nascondere, agli sguardi critici degli estranei, la facile eccitabilità e l'imbarazzo interiori; 2.° l'orgasmo subcosciente per il quale i soggetti cercano di manifestare il pensiero con parola affrettata, impetuosa e precipitosa.

Essi dipendono in ultima analisi dal conflitto fra la loro naturale disposizione al riguardo e al timore, e il tentativo di apparire, nel contegno e nella parola, corretti e sciolti come si deve in presenza di terzi.

Il trattamento, naturalmente, è sopratutto psicoterapico. Si illuminano i pazienti sulla natura della loro affezione, si modificano le tendenze basali, si fanno eseguire esercizi fonetici e di lettura: si applica una ben condotta terapia fisica, e, solo in circostanze speciali, si addiviene a cure medicamentose.

Questa buona monografia ha il difetto di tutti i lavori psicanalitici, quello cioè di essere monocordi. Non c'è chi non sappia che numerosissimi casi di balbuzie, che è un difetto sostanzialmente prepuberale, sono dovuti a traumi psicofisici molto precisi, non ultimi fra i quali i maltrattamente e le battiture dei genitori: casi nei quali la genesi psico-analitica del disturbo, secondo le idee dell'A. è inaccettabile.

LEVI BIANCHINI

12. O. MÖNKEMÖLLER. — *Narren und Toren in Satire, Sprichwort und Humor.* — 2° Aufl. C. Marhold. Halle a S 4. Mk.

Raccolta paziente, spesso dilettevole, talora un pò pesante, di tutto ciò che riguarda i pazzi e gli scemi nella storia, nell'arte, nella letteratura, nel folk-lore.

In un primo capitolo sono enumerati tutti i modi di dire, i proverbi, i nomignoli, le allusioni ai matti e agli imbecilli; in un secondo e terzo si narra dei giullari, dei mani di corte — fra cui, forse a torto, l'A. con Flögel pone i troubadours e i menestrelli, — ; il quarto è dedicato alla pazzia nella satira (si ricordi Erasmo e il suo « Elogio della pazzia »), il quinto alla pazzia nella poesia classica e popolare, il sesto alla pazzia nella letteratura descrittiva e romantica (con l'immortale prototipo di Don Chisciotte): il settimo nella scena (con gli esemplari insuperabili dei protagonisti Shakespeariani): l'ottavo, nei giornali umoristici; il nono nelle canzoni goliardiche e nella tradizione dello studentesca medica; il decimo

nella musica e nella pittura: l'undecimo ed ultimo è dedicato alle città dei pazzi, alle società ed alle feste di pazzi o di gente ritenuta per tale.

Pazienza, metodo ed erudizione fanno di questo libro una antologia assai ricca delle curiosità storiche sulla pazzia: che ebbe, fin dai più remoti tempi, le sue profonde radici nella progenie di Adamo e nella sua irrequieta discendenza.

LEVI BIANCHINI

13. W. STERNBERG. — *Die Uebertreibungen der Abstinenz.* — 3. Aufl. C. Kabitzsch, Würzburg. 1913.

Libretto di ardita e vivace polemica contro la strenua campagna antialcoolista che si conduce in Germania. L'A. che è un reputato specialista per le malattie del ricambio mette in rilievo gli errori dei medici, nell'apprezzare esageratamente i danni delle bevande alcooliche e nell'esporre, su queste, delle idee troppo disformi dalla verità. Osserva che l'azione dei « nutrimenti » in genere, e di quelli alcoolici, in specie, non è soltanto locale (sia immediata che a distanza) ma anche « psichica »; e che la soddisfazione del gusto entra come componente non disprezzabile nell'equilibrio psicosomatico della nutrizione, della digestione, e della vita giornaliera.

L'A. paragona gli antialcoolisti a quelle donne, citate da Plutarco, che per non essere accusate di ciarliere, tacevano forzatamente, o che per non esser accusate di imbellettarsi, smettevano perfino di lavarsi.

Dal punto di vista rigorosamente fisiologico l'A. può aver anche ragione. È certo che piccole dosi di vino buono, presso le genti abituate da secoli e millennii a sorbirlo, non fanno danno; anzi possono essere utili sia al corpo che allo spirito. È certo ancora che, in determinate condizioni di clima, di lavoro e di ambiente, l'alcool può essere un nutrimento utile e necessario: mai però indispensabile.

Ma l'A. perde di vista la ragione fondamentale della campagna alcoolista: cioè la strage che va facendo l'alcoolismo nel popolo, nella discendenza, nella società. I dati statistici del flagello sono troppo imponenti, concordi ed universali per poter esser combattuti da ragionamenti, pur esattissimi, di chimica biologica: e poichè l'alcoolismo è deleterio, una campagna, pur spinta agli estremi, contro di esso, è non solo giustificata, ma va in ogni modo appoggiata e sorretta.

LEVI BIANCHINI

14 Schrenck-Notzing. — *Der Kampf um die Materialisations-phänomäne.* — E. Reinhardt, Muenchen, 1914.

L'A. difende strenuamente, in questa vivace polemica, i risultati da lui ottenuti nelle sedute medianiche, sulla materializzazione del pensiero e delle imagini mnestiche: respinge le insinuazioni di medici e di profani, escludendo qualsiasi sorgente sia di errore che di inganno, nella fotografie— veramente sorprendenti — ottenute. Alcune di queste sono riportate dall'opera fondamentale, già nota, dell'autore: altre sono nuove, ad es. quelle ottenute nella seduta del 5 gennaio 1914 con la medium Eva C.

Secondo Schrenck-Notzing i fenomeni di materializzazione si possono spiegare con la funzione criptomnestica del pensiero. Reminiscenze di impressioni visive passate, frammenti di imagini oniriche possono fondersi, nell'incosciente, con il potere ideoplastico della cerebrazione e creare una nuova, complessa imagine psico-visiva. In seguito a ciò, e nelle volute condizioni di sonnambulismo, trance ecc. potrebbe svilupparsi dal medium un quid materiale capace di assumere forma e consistenza: e queste forme essere sufficientemente dense, per impressionare la lastra e rivelare la imagine elaborata dal psichismo.

Fatti e spiegazioni che lasciano ben perplessi: ma che non devonsi per ciò denegare sistematicamente quando ad essi credono persone di rettitudine e competenza superiori a qualsiasi sospetto.

Levi Bianchini

15. L. Frank. — *Affektstörungen.* — Studien über ihre Aetiologie und Therapie — J. Springer, Berlin, 1913. — 1 vol. in — 4. di p. 399. Mk. 16.

È impossibile riassumere brevemente questo libro, di quattrocento pagine fittissime, ricco di un materiale clinico estremamente vario ed interessante nel campo di tutte le psiconevrosi e psicastenie conosciute.

L'A. è un seguace fedele della dottrina fondamentale di Freud, che espone, con varianti, criteri e terminologia personali al principio dell'opera: usa e preconizza il trattamento catartico nella semi-ipnosi, avvertendo come e quando può o non può essere applicato: e divide le psiconevrosi in tre gruppi fondamentali: *nevrastenia*; *nevrosi da angoscia*; *anomalie, perversioni e perversità sessuali.*

Nel primo gruppo sono compresi: neurastenia da esaurimento, stati neurastenici condizionati a rimozioni di complessi affettivi, neurosi da disgusto, gelosia, collera, libidine, dolore fisico: neurosi del senso di stanchezza e di malcotento: crampo degli scrivani, neurosi da sensazioni (cenestesiche) estranee o illusorie (da narcosi ecc.), vertigine psiconeurotica, stati crepuscolari isterici, depressione neurastenica.

Nel secondo stanno gli stati d'angoscia psiconeurotici, il transfert angoscioso, i disturbi gastroenterici, le neurosi traumatiche, i disturbi del sonno e la patologia dell'onirismo, il pavor nocturnus, l'enuresis nocturna, la balbuzie psiconevrotica, i disturbi circolatorii neurotici, l'ereutrofobia o neurosi da imbarazzo, gli stati coatti.

Nel terzo è trattata tutta la pato-e-psicogenesi delle anomalie sessuali, dal punto di vista psicoanalitico, con l'eziologia e gli esiti: istituzione delle zone erogene, cause della frigidità, conseguenze della interdizione dell'ermeneutica sessuale, della repulsione della libido, della impotenza psichica: sadismo, masochismo, flagellazione, feticismo, esibizionismo, omosessualità acquisita. Non è trattata l'omosessualità congenita, perchè, secondo l'A. non può essere oggetto della psicoanalisi.

Un termine assai curioso, e non privo.... di grazia è *Kongressophobie:* la fobia dell'amplesso; che si osserva in certe signore le quali, per precedenti psicotraumi sessuali, provano la più grande angoscia, non disgiunta a vere parestesie dolorose, al pensiero della coabitatio e del primo amplesso.

La monografia del Frank ha il grande merito di offrire, a documentazione del valore terapeutico della psicoanalisi, una quantità assai notevole di casi clinici, e risponde in qualche modo all'obbiezione mossa alla dottrina, che cioè sia più chiara la sua esposizione teorica, che non facile la sua pratica applicazione.

Debbo però, pur convenendo con Frank, osservare quanto segue. La psicoanalisi, per quella modestissima esperienza che io ho fatto, è accessibile soltanto a persone dotate di una certa cultura, ma sopratutto di una intelligenza almeno un pò più alta della media: essa mi è fallita, perchè totalmente incompresa, presso neuropatici, uomini e donne, poco intelligenti. Se, anche in questi può riuscire, ciò è dovuto ad una intuizione del medico che scopre — in adolescenti — un complesso rimosso, elementare e intuitivo (dispiaceri amorosi in isteriche di 15-18 anni; battiture e maltrattamenti in ragazzi con balbuzie psicotraumatica di 10-12 anni ecc.).

Levi Bianchini

16. H. Laehr. — *Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern* — 4. Aufl. G. Reimer, Berlin.

Le date memorabili della psichiatria e argomenti affini, raccolte, in numero superiore alle 2600 in questa quarta edizione, arrivano, dai primi albori del rinascimento scientifico del medio evo, al 1893.

L'A. segue la cronologia mensile: riporta, con un'ammirabile lavoro di selezione e di raccolta, tutti quelli avvenimenti, lontani o recenti, che si connettono allo sviluppo della psichiatria, della anatomia e fisiologia

del nevrasse, della tecnica manicomiale. Ad ogni passo troviamo ragguagli preziosi su illustri psichiatri già passati, su ignoti, ma non meno meritevoli fondatori di asili e manicomii; sulla legislazione antica, sui processi di stregoneria, sulla terapia, sui giornali della materia: si leggono il ricco, nobilissimo martirologico della nostra scienza, i meriti dei suoi benefattori e studiosi, i congressi, i giornali scientifici, i rapporti fra psichiatria e diritto, le evoluzioni storiche ed ideologiche della medicina mentale, e mille altri argomenti, curiosi e dilettosi.

Il libro del Laehr, il venerando redattore dell'Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie, costituisce la cronistoria più pratica, ricca, preziosa della psichiatria ch'io conosca: ed è da augurarsi veramente che essa venga completata dal 1893 ai nostri giorni, in una nuova, prossima edizione.

LEVI BIANCHINI

17. THIEMICH - ZAPPERT. — *Die Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter.* — F. C. W. Vogel, Leipzig, 1910. — 1 vol. in-4.° di p. 315 con 1 tavola e 53 figure. Mk. 16.

Questo libro, che compare a sè, in una seconda edizione, dopo aver fatto parte, nella prima, del trattato di pediatria di Pfaundler e Schlossmann, costituisce un trattato rapido, ma esauriente di quanto sappiamo di più preciso in fatto di neuropatologia e psichiatria infantile: per quanto manchino degli accenni a certe distrofie infantili disendrocrine che, in questi ultimi tempi, hanno maggiormente attirato l'attenzione degli studiosi.

La descrizione è puramente clinica e terapeutica, la parte critica e dottrinale è limitata allo stretto necessario: l'esposizione è estremamente chiara ed è alla portata anche del medico non pratico di neurologia.

Molto bene trattate sono ad es. le malattie organiche del sistema nervoso infantile nel secondo capitolo: interessante, sopratutto per il psichiatria, è il terzo, che riguarda le malattie funzionali (epilessie (?) isteria, tics, ecc.). Non sappiamo perchè, fra queste, gli A. mettano anche i difetti congeniti dell' intelligenza (frenastenie), che se possono essere di natura funzionale (mixidiozie, cretinismo) hanno tante altre volte per base una lesione anatomica ben definita. È dedicata tuttavia, a questo proposito, nel 2.° capitolo una breve trattazione delle paralisi cerebrali, in genere, e della sclerosi cerebrale.

L'opera si apre con un capitolo dedicato alle caratteristiche del nevrasse infantile: seguono il secondo ed il terzo riguardanti le malattie organiche e funzionali; il quarto tratta delle malattie delle meningi, il quinto delle paralisi ostetriche, il sesto del tetano dei neonati.

È un libro che si legge volentieri, senza fatica, e d'un fiato, in una edizione nitidissima.

LEVI BIANCHINI

18. E. Stransky. — *Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie.* — 1. Allgemeiner Teil — F. C. W. Vogel, Leipzig. — 1914. — 1. vol. in — 4.° di p. 257.

Prima parte dedicata alla psicopatologia generale: disturbi della vita affettiva e dell'ideazione; sintomatologia somatica, ricerche emo-serologiche e ricambiali, alterazioni disendocrine e trofiche: eziologia generale, degenerazione, terapia medicamentosa generale e ospedaliera, medicina legale (codice tedesco ed austriaco), schema di esame obiettivo. L'esposizione è ricca di idee e di parole, così che talvolta riesce un po' pesante: ma è informata ad una notevole modernità di principii e prospetta lo studio generale delle psicosi da un punto di vista nobilmente e altamente sociale.

Curiosa è la lamentazione dell'A (p. 169, nota) sul poco conto in cui sono tenuti i medici (tutto il mondo è paese!) dal pubblico, dalle autorità e dallo stato, a differenza degli avvocati: così che la voce della scienza non trova sempre ascolto in Parlamento e nelle classi dirigenti. Cita, per il confronto, nei paesi latini, i nomi di *Baccelli* e *Clemenceau*, cui possiamo aggiungere, fra noi, quelli di *Bianchi* e di altri medici deputati: tanti anzi, da aver potuto costituire, recentemente, un « Gruppo medico parlamentare ».

È aggiunta al volume un'appendice formacologica sui rimedi più importanti per la pratica psichiatrica, dovuta al Dr. *Feri*. Vi sono buoni accenni sulle sostanze che agiscono in particolar modo sul cervello; sulla febbreterapia della paralisi generale e sulla terapia eziologica delle affezioni luetiche, (quantunque questa parte sia assai incompleta); sull'organoterapia.

Peccato che la stampa di questo libro sia così fitta, da far quasi perdere la vista a leggerlo.

Levi Bianchini

19. O. Lodge. — *La survivance humaine.* — Ètude des facultés non encore reconnues. — F. Alcan, Paris 1912.

La convinzione, già nota, dell'autore, che l'uomo sopravviva alla morte del suo corpo si basa sull'osservazione di una lunga serie di fatti naturali, raccolti da uomini e società eminenti, nell'ultimo quarto del secolo scorso. Il libro attuale tratta solamente di quei fenomeni che sembrerebbero poter dimostrare la possibilità della trasmissione del pensiero fra uomini viventi e fra vivi e morti: come la telepatia sperimentale, la chiaroveggenza, la scrittura automatica, i discorsi in stato di trance. Un'altra opera, nelle intenzioni dell'A. sarà destinata ai fenomeni di materializzazione.

Lodge crede dunque che l'esistenza di momenti di comunicazione lucida con persone defunte se non è ancora dimostrata con l'evidenza

con cui ormai lo è la trasmissione del pensiero fra viventi, sia almeno, in base ai fatti accumulati, possibile: e se gli « spiriti » dei defunti non sono più in contatto con la « *materia* » e non possono fare appello agli organi dei nostri sensi, possono tuttavia esistere nell'Etere e possedere, altrettanto bene di noi, la conoscenza dello spazio e delle dimensioni.

Deriva da questa concezione metapsichica, rafforzato, il principio della *continuità* dell'esistenza spirituale: non esistono, in questa, se non apparenti, le improvvise interruzioni e breccie che la morte ci fa ritenere: ma la identità cosciente e continua del carattere individuale, della memoria, degli affetti personali, spogli oramai del terreno rivestimento, permangono nel « di là » che gli sforzi delle ricerche umane cercano, con ogni mezzo, di arrivare a dimostrare luminosamente.

Ardui problemi, nei quali la scienza più profonda e sudata si confonde, in un'unione altamente rispettabile, col più ingenuo, forse fecondissimo e precorritore, misticismo.

LEVI BIANCHINI

20. M. BOIGEY. — *Introduction à la médecine des passions.* — F. Alcan, Paris, 1914.

Questo libro, che ricorderebbe la famosa « médecine des passions » di Descuret, è dovuto ad un medico militare, il quale offre al lettore « ciò che gli ha dato l'esperienza e la scienza ».

La prima parte è dedicata ad uno studio generale sulle passioni: la seconda tratta delle passioni propriamente dette: le antiche, come l'amore, l'orgoglio, la vanità, l'ambizione, l'invidia, l'odio, la passione del giuoco, l'avarizia, la gola, la paura, la collera, la politica, le piccole passioni (mania dell'ordine, dello studio, della filantropia, della musica, delle collezioni); le moderne, cioè l'alcoolismo e le tossicomanie.

Molte buone cose vi sono dette con fervore e convinzione. Ma l'autore non è nè psicologo nè psichiatra: e sembra non conoscere certe classiche opere di italiani e francesi stessi, come *Mosso*, *Rogues de Fursac*, *Le Savoureux*, *Dupouy* ecc., che sulla paura, sulla timidità, sullo spleen, sull'opio hanno fatto dei piccoli gioielli di analisi e di descrizione. E non sono da dimenticare nemmeno quei deliziosi « Sept pêchés capitaux » di Sue, dove, sotto la forma del romanzo, si trovano non di raro degli slanci psicologici di una rara acutezza.

Certi casi di mania dell'ordine descritti dall'A. ci sembrano sbalorditivi. Un tizio, abituato di coricarsi invariabilmente alle 9 di sera, andò a letto puntualmente anche nella sera in cui la moglie moriva, avvertendo la domestica che lo chiamasse in caso di aggravamento! Dopo un'ora fu svegliato, si vestì meticolosamente come il solito, si recò al letto della moglie fino a che, a notte inoltrata, costei morì; quindi si ricoricò di bel

nuovo. Che razza di mania dell'ordine! Io lo chiamerei un pazzo o un ignobile, incosciente egoista.

Un curioso giudizio è dato sulla golosità degli italiani. « L'italiano presenta una particolarità a lui tutta propria: quella di esser ghiotto soltanto di certi piatti. Spesso egli è ghiottone a parole. Il sole e l'aria del suo paese lo rendono fanfarone in tema di gola, come lo è in amore: egli ha meno appetito che lingua. Mi ricorda quei creatori di brindisi i quali li fanno belli perchè non bevono che l'acqua ».

Rispetto l'opinione. Ma, di grazia, la Guascogna e le « guasconate » di che paese sono? Di che nazionalità è il delizioso « Tartarin de Tarascon »? L'Italiano è fanfarone in amore, secondo Boigey. Ammettiamolo pure per vero: ma l'amore, almeno, lo sa fare, e secundum artem naturae. I nostri fratelli francesi non sono fanfaroni in amore: è verissimo. Ma hanno condotto la loro nazione, così cara ed amata dagli Italiani, alla semisterilità con l'opio e con la degenerazione psicosessuale.

LEVI BIANCHINI

21. RÉGIS ET HESNARD. — *La psychoanalyse des névroses et des psychoses* — F. Alcan, Paris, 1914. 1. vol. in — 8. di p: 384.

Questo bel libro di Régis et Hesnard costituisce la prima esposizione completa delle dottrine psicoanalitiche nei paesi latini: dottrine che, partite originariamente dall'analisi delle psiconevrosi, si sono diffuse all'interpretazione psicologica di tutte le manifestazioni dell'uomo normale, anormale, artista, e perfino a quelle della psiche primitiva e collettiva.

La psicoanalisi, al lume di una critica obiettiva, apparisce oggi più che mai degna di essere considerata come uno degli elementi della scienza o dell'arte di guarire; e se i suoi procedimenti si allontanano, spesso, notevolmente da quelli della medicina tradizionale, essa rimane, sia per il suo obbiettivo che per i suoi metodi un'opera rigorosamente medica.

I risultati però che essa ottiene, sopratutto nella cura delle psicoconevrosi, non sono sempre quelli che le premesse patogenetiche e la metodica terapeutica potrebbero far sperare: e come si è detto, a torto o a ragione, che una certa scuola neurologica ha praticato la cultura dell'isteria, viene il dubbio agli A. che la scuola della Psicoanalisi rischi di praticare la cultura dell'ossessione e dell'idea fissa.

Chi è digiuno di psicoanalisi, può farsi con questo libro un'idea approssimativamente molto esatta di che cosa essa sia: ma per compenetrarsi nella sua essenza e nei suoi metodi, non sarà mai abbastanza raccomandata la lettura delle opere e delle pubblicazioni originali di Freud e dei suoi seguaci.

In fine del libro si trova una ricca, quasi completa bibliografia della produzione psicoanalitica apparsa a tutt'oggi.

LEVI BIANCHINI

22. CH. BLONDEL. — *La Psycho-physiologie de Gall. Ses idées directrices.* — F. Alcan. Paris, 1914. 1. vol. in — 8 di p. 165.

La dottrina di Gall fu organologica, craniologica, psicofisiologica. Organologica perchè il cervello è —secondo Gall— l'organo di tutte le tendenze, di tutti i sentimenti e di tutte le facoltà psichiche, ognuna delle quali occupa una determinata area anatomica: craniologica, perchè ad ognuna di queste aree corrisponde, morfologicamente, una rappresentazione craniana e quindi la forma del cranio corrisponde alla forma del cervello ed indica i mezzi esteriori per scoprire le qualità e le facoltà fondamentali, in una alla sede dei loro organi; psicofisiologica perchè localizza le funzioni del psichismo al cervello come *organo* materiale della spiritualità.

Nei due primi punti la teoria di questo genialissimo precursore è caduta.

Egli ha confuso facoltà e sentimenti in una classificazione arbitraria, ha preso spesso per facoltà diverse quelle che non erano se non modalità varie di una unica e sola attitudine psichica, ed ha voluto trovare nel cranio delle corrispondenze strutturali imaginarie e inesistenti.

Mà il terzo punto della sua dottrina ha segnato la data precorritrice delle localizzazioni cerebrali attuali: ha riconosciuto al cervello una somma di particolarità funzionali che esso deve possedere, perchè è un organo, ceteris paribus, come tutti gli altri: e poichè in esso si svolge tutta la cerebrazione, questa, a seconda delle sue manifestazioni psichiche o psicomotrici, deve compiersi, in tutto o in parte, a seconda della funzione, in determinate aree del mantello.

Gli studi compiuti nel secolo scorso sulla fisiopatologia cerebrale, hanno, pur trasformandolo, confermato questo meraviglioso concetto intuitivo: e la base della dottrina di Gall, che nei suoi dettagli è insostenibile ed appartiene alla storia, rimane ferma a dimostrare la grandezza dell'ingegno che l'ha creata.

La felice monografia dell'A. espone tutta la concezione fisiologica e filosofica di Gall: e dimostra quanto la sua rappresentazione anatomo-fisiologica della vita mentale si sia concretata, partendo dai suoi elementi astratti od assurdi, nella realtà sperimentale della fisiologia e patologia cerebrale dei nostri giorni.

LEVI BIANCHINI

23. E. Bertholet. — *Action de l'alcoolisme chronique sur les organes de l'homme et sur les glandes reproductrices en particulier.* — E. Frankfurter, Lausanne, 1913, un vol. in-8.° di p. 77 con XI tavole a colori e XXIII quadri grafici.

Eccellente studio clinico, anatomo patologico e sociologico della nefasta influenza dell'alcool sul potere generatore dell'uomo: basato sull'esame di 163 casi di alcoolisti e di 100 casi di non alcoolisti: e su ricerche sperimentali sugli animali che saranno oggetto di ulteriori comunicazioni.

L'A. conclude la parte clinica e anatomo patologica con le seguenti tesi:

1. Gli alcoolisti cronici muoiono prima dei non alcoolisti.

2. Gli organi degli alcoolisti cronici sono più fortemente e più frequentemente alterati di quelli dei non alcoolisti.

3. I testicoli degli alcoolisti sono gli organi che presentano la più alta percentuale di lesioni degenerative: 86 %.

4. Questa degenerazione insorge precocemente negli alcoolisti e induce rapidamente l'atrofia totale del testicolo con azoospermia.

5. La prima a comparire è una rapida degenerazione grassa: segue la sclerosi con infiltrazione cellulare del connettivo e con la graduale scomparsa del parenchima dei canali seminiferi.

6. Le ovaie sembrano presentare le stesse alterazioni di fronte all'alcoolismo cronico ed essere altrettanto sensibili dei testicoli.

7. La blastoftoria alcoolica delle ghiandole riproduttrici è quindi confermata dai dati dell'anatomia patologica, della clinica, dell'esperienza e dell'igiene.

(Blastoftoria equivale ad intossicazione dei germi riproduttori sotto l'influenza di canse nocive, che può giungere fino alla distruzione completa di essi: termine introdotto da Forel).

Seguono, come appendice, alcune regole per calcolare il consumo di alcool dei soggetti studiati, delle osservazioni sull'alcoolismo cronico e tubercolosi, ed altre infine sulle ricerche del Nicloux riguardanti la presenza di alcool nei liquidi, secrezioni e tessuti dell'organismo.

Le splendide, eloquenti grafiche esposte nelle tavole, riguardano le statistiche della mortalità degli alcoolisti e non alcoolisti, i confronti istituiti fra le alterazioni anatomopatologiche dei primi e dei secondi ed infine l'azione delle malattie intercorrenti sui vari organi di quelli e di questi.

Il libro dell'autore risponde non solo ad un fine scientifico, ma ad uno scopo altamente sociale di sana e precisa propaganda scientifica: la quale trova, in Svizzera, un valido centro di irradiazione nel « Segretariato Antialcoolista Svizzero » con sede a Losanna.

Levi Bianchini

24. Bertholet. — *Petit Atlas — Manuel des Altérations anatomopathologiques des organes dans l'Alcoolisme chronique* — P. Doin & Fils. — Paris, 1913.

Questo ottimo studio, dovuto ad un antiacoolista convinto, offre, col sussidio di numerose graficho e figure, un impressionante confronto fra la sorte dei bevitori e quella degli astinenti.

L'A. espone i dati statistici sull'età di morte dei bevitori, sulla frequenza, natura, intensità delle alterazioni anatomopatologiche degli organi e specialmente delle ghiandole sessuali: riporta infine il riassunto delle ricerche sperimentali sulle cavie eseguite da Stockard e Craig, che si possono leggere più in esteso in un lavoro del Bertholet stesso comparso in questo fascicolo.

La campagna antialcoolista — che però non è sempre incondizionatamente accettata anche da medici e specialisti competenti — trova, in Svizzera, Norvegia, Finlandia, America ecc., degli adepti convinti ed una propaganda efficace e sistematica. Il valore sociale di questa è senza dubbio enorme ed il contributo che con essa si dà alla nuova Eugenetica, merita di essere aiutato con ogni entusiasmo.

Levi Bianchini

25. Hercod. — *Annuaire antialcooliste suisse et international.* — 6. année. — 1914. — Lausanne.

Chi vuol farsi un'idea adeguata del movimento antialcoolista internazionale, sia dal punto di vista sociologico, che da quello scientifico, può utilmente consultare questo annuario, compilato con cura scrupolosa dal dott. Hercod e ricco di dati, di cifre, di fatti.

Meritano di essere messi in rilievo alcuni articoli scientifici di Hercod, sulla lotta contro l'alcoolismo in Finlandia e sulla parte presa dalla stampa in questa lotta stessa: uno di Blocher sul codice civile svizzero e l'alcoolismo: i resoconti e le statistiche internazionali sui congressi e sulla legislazione antialcoolista (parte 1.ª).

La seconda parte contiene i nomi e le indicazioni delle società e dei giornali antialcoolisti esistenti nei paesi civili di tutto il mondo: perfino in Turchia: la terza fa la cronaca più particolare del movimento svizzero nel 1913, dei patronati per bevitori, degli stabilimenti di cura per costoro e di quelle fabbriche, restaurants, hôtels che hanno accettato il regolare controllo delle bevande senza alcool, da parte del Segretariato antialcoolista svizzero.

Levi Bianchini

26. C. Giachetti. — *La medicina dello Spirito.* — U. Hoepli, Milano, 1913. L. 2,50.

La psicoterapia è la cura dello spirito malato per mezzo del ragionamento. Essa si basa su due principi essenziali: 1.° che ad ogni malattia non organica della psiche deve corrispondere un trattamento psichico; 2.° che questo trattamento deve consistere in un'azione diretta di persuasione (non di suggestione) del medico sul malato.

Secondo *Dubois* (*di Berna*), il maggiore apostolo della psicoterapia, quest'azione deve essere solo continuativa e razionale, cioè rivolta a modificare le idee erronee del paziente: secondo altri, (*Dejerine et Gauckler*) essa può essere invece rapida e basata sulle modificazioni sentimentali esercitate dal medico sopra lo stato d'animo del paziente stesso.

Ad ogni modo il fondamento della psicoterapia nella cura delle psiconevrosi (isteria, neurastenia, ipocondria, malinconia, ossessioni, fobie) è costituito dalla correzione per mezzo del ragionamento di un'idea sbagliata e di uno stato d'animo doloroso che da questa dipende: per modo che le due tendenze, diciamo così, razionalista e sentimentalista, facilmente si possono confondere e riunire in una sola direttiva, a seconda dei casi e dei soggetti.

Il libro del *Giachetti* « *La medicina dello spirito,* » espone con lucida parola le dottrine ed i metodi della psicoterapia razionale, che l'A. ha appresi dalle fonti dirette e diffonde in Italia con fede entusiastica: merita di essere letto e meditato. Lo stile è piano ed accessibile anche ai profani: le idee chiare e precise, come tutte le cose vere e semplici. Si tratta insomma di un'operetta felicemente concepita, nobile e buona

Levi Bianchini

27. Masini e Vidoni — *L'assistenza e la terapia degli ammalati di mente.* — U. Hoepli, Milano, 1914. L. 2,50.

« Uno dei pregiudizii più diffusi non solo tra i profani, ma anche tra i medici stessi è quello dell'inutilità di ogni applicazione terapeutica nelle malattie mentali. La conseguenza più triste e più dannosa di questa leggenda, che si è profondamente radicata anche nelle classi colte, è il ritardo con il quale gl'infermi di mente vengono sottoposti ad una cura appropriata, tantochè molti di essi, privati del beneficio di un trattamento iniziale al comparire dei primi sintomi del male perdono inesorabilmente ogni speranza di guarigione o di miglioramento. Non si ripeterà mai abbastanza che il periodo iniziale delle malattie mentali è la fase più decisiva dal punto di vista di un successo terapeutico e che l'avvenire del-

l'ammalato dipende il più delle volte dal trattamento che esso ha subito in questo periodo.

La terapie mentale ha infatti compiuto notevoli progressi, poichè oltre a spiegare la sua influenza nel vasto campo della sintomatologia, essa tende in qualche caso anche ad un'azione specifica particolare come avviene in certe forme morbose la cui entità e la cui natura sono ben definite. »

Con queste sane parole di prefazione gli A. iniziano una diligente trattazione dei mezzi più recenti ed usati in fatto di terapia medicamentosa delle psicopatie: poca cosa, se pensiamo alle colossali risorse della medicina generale: molta, se calcoliamo che mentre questa conta già venticinque secoli di vita, quella ne vanta appena poco più di uno. Alla parte puramente terapeutica, gli A. aggiungono sobriamente altre pratiche notizie sull'assistenza generale degli alienati: per modo che il manualetto riesce di indubbia utilità al medico generico, alle famiglie, al personale stesso degli ospedali psichiatrici.

LEVI BIANCHINI

28. C. M. BELLI. — *Costruzione degli ospedali-ospizi e stabilimenti affini.* — U. Hoepli, Milano 1913. L. 5,50.

Ordinamento dei servizi negli ospedali ed istituzioni affini. — U. Hoepli, Milano, 1914. L. 4.

Questi due manuali costituiscono, secondo le intenzioni dell'A. il primo compendio italiano di Igiene Ospedaliera. Vi sono esposti, con ricchezza di incisioni, di ragguali e di esempi, non solo i metodi della costruzione di ospedali generali e speciali, ma ancora tutti i progressi più recenti nell'assistenza dei malati, nella tecnica e nell'arredamento nosocomiali.

In tal senso, le citate pubblicazioni meritano di venir accolte con ogni favore e lette con vivo intereresse: tutti i medici, specializzati o generici vi troveranno qualche cosa di utile, di nuovo, di necessario. Un cenno, necessariamente breve e fuggevole — ma che perciò appunto non deve venir giudicato con troppa severità dai tecnici manicomiali — è dedicato pure ai manicomii (primo volume citato pp. 454-470).

LEVI BIANCHINI

29. C. ANGELA. — *Il riso ed il pianto spasmodico nelle lesioni cerebrali d'origine vascolare.* — S. Lattes e C. - Torino, 1913. L. 3,50

Le conclusioni di questo ottimo lavoro, chiaro, ben pensato e ben condotto sono testualmente le seguenti:

Il riso ed il pianto sono due atti mimici che hanno il loro centro di coordinazione nel talamo ottico e molto probabilmente nei nuclei medio ed anteriore di questo ganglio.

Il talamo ottico, collegato coi diversi lobi dell'emisfero cerebrale per mezzo dei suoi peduncoli, riceve, dalla corteccia, gli stimoli sensoriali e mentali, destinati a manifestarsi all'esterno per mezzo di un atto mimico; li coordina e trasmette l'ordine di esecuzione al nucleo del faciale.

La via percorsa dagli stimoli mimici è diversa da quella destinata alla motilità volontaria della faccia. Ambedue fanno capo al nucleo del facciale: ma la paralisi dell'una non implica la paralisi dell'altra.

Il riso ed il pianto spasmodico, considerato come la conseguenza di lesioni organiche cerebrali di origine vascolare, è un fenomeno complesso che può manifestarsi in seguito alle più svariate affezioni dei centri cerebrali e mesencefalici.

Il fenomeno è generalmente determinato o da un difetto di inibizione corticale, o da una azione irritativa sul centro mimico.

La funzione inibitrice dei movimenti mimici è esercitata:

a) dalla corteccia rolandica per mezzo delle radiazioni rolandico-talamiche, e la sua azione è simile a quella che il fascio piramidale esercita sulle cellule spinali delle corna anteriori.

b) dal centro psichico superiore, o lobo frontale, per mezzo delle numerose vie interassociative che lo collegano cogli altri lobi cerebrali, le quali gli permettono il controllo e la disciplina dei diversi stimoli sensoriali destinati alla mimica.

Tutte le lesioni che sopprimono od indeboliscono la via inibitrice rolandico-talamica, od annientano le vie interassociative, possono determinare il riso ed il pianto spastico, o solamente la facilità al pianto o al riso, o la faccia piagnucolosa, a seconda della gravità della lesione.

Queste lesioni sono varie per sede e possono essere corticali, sottocorticali o gangliari.

L'elemento irritativo del centro mimico è generalmente determinato dalla compressione esercitata da un focolaio morboso sul talamo ottico: esso si associa quasi sempre al difetto di inibizione, essendo facile la lesione delle fibre inibitrice in vicinanza del talamo, verso il quale esse convergono.

In casi eccezionali, l'irritazione del centro mimico può determinare anche da sola, il riso ed il pianto spastico, nelle lesioni del talamo che non distruggano i nuclei medio ed anteriore di questo ganglio, dove hanno sede i centri di coordinazione mimica.

L'espressione mimica, nell'attitudine del riso e del pianto, è, in una grande maggioranza di casi, in rapporto con un corrispondente stato psichico, e quindi col tono sentimentale del paziente; ma non rappresenta altro che un'associazione di movimenti coordinati, involontarii, che hanno

acquistato tale carattere e tale forma in virtù di un processo biologico onto — e filogenetico.

Il riso ed il pianto spastico dipendenti da lesione cerebrale, non sono sempre la manifestazione di un sentimento lieto o triste, e soventi esplodono in disaccordo ed anche in contrasto collo stato psichico.

Questo stato di contrasto è dovuto ad una perturbazione funzionale del centro mimico, ad un disorientamento dei suoi elementi cellulari, conseguenza a sua volta di uno stato irritativo permanente, determinato su questi elementi, dalla lesione.

LEVI BIANCHINI

30. PAPPENHEIM. — *Tecnica dell'esame clinico del sangue* (traduzione italiana sulla 2.ª edizione tedesca, del dottor Cesare Minerbi) — Rosenberger e Sellier — Torino, 1914.

Il manuale del Pappenheim espone i soli metodi di esame clinico del sangue veramente importanti e indispensabili alla pratica ematologica: come la colorazione a secco, l'esame microscopico del preparato, il conteggio dei globuli, la determinazione della emoglobina. Una buona parte della trattazione è quindi dedicata alla semiologia ed alla diagnosi differenziale della più importanti alterazioni sintomatiche desunte dai preparati: e serve ad orientare il ricercatore nella selva, quasi inestricabile, delle infinite sindromi ematopatiche.

Il Dr. Minerbi — che ne ha fatto una traduzione sotto ogni rapporto ottima e italiana — vi ha inserito alcune note, per mettere la versione al corrente delle ultime acquisizioni scientifiche in fatto di ematologia: ed ha aggiunto una breve ed opportuna appendice sulla colorazione vitale del sangue, la cui tecnica ed i cui risultati sono tanta parte dell'ingegno italiano. (Cesaris Demel, Ferrata, Luzzatto, Ravenna ecc.)

Non è facile ritrovare, in una guida di tecnica clinica, una chiarezza ed una praticità maggiori di quelle offerte dall'attuale trattatello: utile non meno ai clinici generali, che ai neurologi ed ai psichiatri.

LEVI BIANCHINI

31. C. W. LEADBEATER. — *Manuale di Teosofia* — Società Teosofica Italiana — Genova, 1914.

Esposizione molto chiara, atta allo scopo di propaganda per cui è scritta.

L'A. è uno dei più antichi e più noti teosofi: uno di quelli che è rimasto più sinceramente fedele al movimento centrale teosofico, condotto dalla *Besant*, sulla base delle dottrine buddistiche, con ardore battagliero,

dopo la secessione verso una direttiva più esegetico-cristiana, avvenuta in Germania ad opera dello *Steiner*.

La lettura di questo libro può riuscir dilettevole a chi si occupa, con imparziale desiderio di sapere, di conoscere le direttive del moderno misticismo: il quale se ha, pochi o negativi, pregi scientifici, nel senso da noi dato oggi all'aggettivo « scientifico » predica in ogni modo con fervore l'elevazione dello spirito e del carattere.

E l'elevazione dello spirito dà la luce (ho letto non so dove); quella del carattere dà la forza: l'una serve a discernere il bene, l'altra a compierlo.

La teosofia, per i suoi adepti, vuol essere una religione, una scienza, una morale. È una religione compiacente, perchè non impone — almeno nell'apparenza — ai credenti delle varie confessioni di abbandonare la propria: ma per ciò appunto potrebbe sembrare superflua.

Vuol essere una scienza, ma i procedimenti basali logici su cui si fonda differiscono un pò troppo dagli attuali metodi fondamentali della tradizionale induzione e deduzione scientifica, perchè possano venir accettati — come vorrebbero i teosofi — senza discussione. Oltre di chè, con tale condizione, da presunta scienza la teosofia ricade nella religione: e questa procede dall'inconoscibile per spiegare il conosciuto mentre quella segue, come si sa, una strada precisamente inversa.

Sarebbe un' intuizione precorritrice? Certo io non voglio negare la possibilità astratta che le « verità teosofiche » possano, in futuro, divenire « verità di scienza » secondo il significato che oggi noi diamo a questo vocabolo: ma occorrerà, a ciò, una rivoluzione cosí radicale del pensiero scientifico, che tale fatto è attualmente, a parer nostro, inconcepibile.

Non dobbiamo tuttavia dimenticare che la teosofia è nata nel 1875, cioè quarant'anni fà: in un'epoca dove il cosidetto positivismo scientifico — mal dissimulando l'impotenza di avvicinarsi all'« al di là »,— limitava i confini della scienza al tangibile sensoriale del cosmo od alla concezione — ritenuta matematica — di una data ipotesi: ma scartava—credendo quasi di distruggerlo col non considerarlo — il supremo problema metafisico della « causa delle cause » e dello spiritualismo. Oggi la scienza, la vera scienza, ha mutato un poco la sua rotta. Il problema dell'eterno spirituale e del senza misura apparisce come qualche cosa di scientificamente più possibile e più concepibile di una volta: almeno altrettanto bene come lo è l'elettrone: ultima formola deduttiva delle dottrine biochimico-cosmogoniche: simbolo meccanico della forza-materia; concetto — oggi — rigorosamente « Scientifico » di un' entita infinitamente piccola e quindi universale: capace, per conseguenza, di sintetizzare in sè stesso tutti quelli attributi che tutte le religioni, dalle più antiche alle più moderne, hanno misticamente riconosciuto alla divinità ed allo spirito.

La teosofia vuol essere infine una morale: può essere dunque una manifestazione sincera dell'amore umano, e, come tale può venir considerata assai più da vicino. Essa si rivolge a tutti gli uomini di buona volontà per manifestar loro, senza imposizioni e senza vincoli, ciò che a lei pare la diritta via del bene, il sentiero più luminoso per percorrere la vita tellurica in contatto diretto e continuo dell'inspirazione divina. Crede ad un'esistenza, anzi a molte radiose esistenze postmortali dello spirito, come, logicamente, ammette varie preesistenze spirituali nell'infinito passato: in una parola, all'immanenza dell'anima che, ricorrentemente nel tempo, si compone e ricompone all'infinito albergando nel nostro piccolo simulacro corporeo: predica l'azione ed il bene: la contemplazione della divinità, la credenza in « qualche cosa ». Tutti i fondatori di religioni sono, per lei, apostoli di verità rivelate ma parziali. Non parla solo di un Dio (è per essa concetto ormai troppo limitato a troppo pochi sistemi planetarii) ma parla dell'assoluto e dell'indefinito. Questione di parole: la sostanza è la stessa. E questa morale non richiede vesti esteriori d'apparati scenici, ma la lettura dei suoi libri mistici, la comunicazione verbale dei suoi illuminati, l'iniziazione ardente, la fede e l'abbandono. Perciò si volge a menti già evolute e non potrà mai scendere nel vivo cuore del popolo: come non è scesa la religione di Israele: la più antica, la più pura, l'unica religione spiritualistica: la religione che più di qualunque altra s'è avvicinata alla scienza, che l'ha anzi precorsa nel suo meraviglioso ed incondizionato unitarismo spiritualistico e cosmogonico.

Indubbiamente però la teosofia presenta quei caratteri di contagio psichico che le ha permesso di diffondersi e maturare in volgere brevissimo di anni specie fra le razze anglosassoni: dove il nèo del misticismo — di cui non ultima ma meno seria espressione è la Christian-Science — sembra quasi costituire, per la psiche etnica, quello che è la famosa « macchia azzurra » nel corpo infante delle razze mongoliche.

LEVI BIANCHINI

32. I. CALDERONE. — *Libero arbitrio*, *Determinismo*, *Rincarnazione*. — G. Pedone Lauriel, Palermo, 1912. 1 vol. in — 8 di p. 946.

Esiste il libero arbitrio perchè esso è una manifestazione dello spirito umano. Lo spirito umano è una manifestazione della spiritualità divina: è immanente e immortale: preesiste alla nascita del soma e sopravvive alla sua morte.

Il libro di questo dotto teosofo intende dimostrare ancora una volta il dualismo spiritualistico e materiale dell'esistenza: ammette la rincarnazione, e crede che l'esistenza dello spirito all'infuori dell'organismo sia

dimostrata dai fenomeni superiori del psichismo, quali la telepatia, la disintegrazione della personalità psichica, l'esteriorizzazione.

L' evoluzione storica della dottrina del libero arbitrio è esposta nei primi capitoli, consacrati ad una chiara e rapida sintesi dei vari sistemi filosofici, da quelli degli scolastici all'ultima metafisica di Myers: seguono la teoria del subliminale di questo ultimo, grande ed illuso, scomparso, per finire con una trattazione dei problemi più cari proprii della teosofia: come i varii corpi dell'uomo, la rincarnazione, il problema etico.

La conclusione mistica e pratica dell'opera è che il libero arbitrio è l'esponente di una legge etica fondamentale, di sforzo, di solidarietà, di progresso: legge d'amore che proclama l'unità fondamentale di tutte le cose e di tutti gli esseri, che « si estende e si identifica nella coscienza assoluta dell'Essere per sè, per divenire in ciascuna parte differenziata la coscienza del tutto ».

LEVI BIANCHINI

33. G. LOCKE. — *Pensieri sull' Educazione* per cura di *Giuseppe Salerno.* — 2.ª edizione riveduta e ampliata. — L. Trevisini, Milano, 1914— 1. vol. di p. 314, in — 8.

Quando si pensa che questo inimitabile trattato di pedagogia è stato scritto nel 1693, e che Locke, pur non avendo esercitato la sua arte, fu un medico, vien fatto proprio di domandare che cosa sia il progresso: e di risponderci, forse, che esso non è altro se non l' adattamento formalmente variabile, ma sostanzialmente identico, nelle varie ricorrenze storiche della vita sociale, di poche, immortali verità.

1 capitoli sulla cura della salute fisica del fanciullo, quelli della cura del suo spirito, dell'educazione pubblica e privata, dei modi urbani, dell'istruzione, contengono una miniera inesauribile di osservazioni: e pare proprio che la moderna psicologia pedagogica, a parte gli attuali metodi psicometrici, ben poco abbia progredito da allora.

L'accurata traduzione del Salerno, professore di pedagogia e morale e le annotazioni poste al libro, dimostrano la dottrina dell'autore, e l'attaccamento profondo che egli porta alla sua scienza, che è quella della futura medicina morale: non tardivamente curativa, ma precocemente e felicemente preventiva.

Sono a deplorare soltanto, nel volume, le inesattezze tipografiche, non poche nè piccole: ci auguriamo che esse scompaiano in una terza edizione di questo immortale trattato.

LEVI BIANCHINI

34. I. Calderone. — *La Rincarnazione.* — Inchiesta Internazionale, Milano, Casa editrice Veritas, 1913, un vol. in — 4 di p. 351.

È un' inchiesta internazionale sulla dottrina della Rincarnazione, cioè del ritorno dello spirito, che fu già di uomo, in quello di un altro uomo: dottrina che fa parte di quella somma di concezioni scientifico-metafisiche sintetizzate nei libri propagandisti della Teosofia.

Si capisce come il principio, giudicato da un punto di vista astratto, possa essere, formalmente accettabile. Data l'universalità matematica della Causa prima, e la sua « spiritualità » è logico che essa debba esistere immanente e non delimitabile: è logico pure che una sua parte, altrettanto immanente e non delimitabile possa compiere una serie x di passaggi, nell'uomo, dal momento che la nostra vita tellurica umana è una quantità matematica eguale all' infinitamente piccolo, cioè, ciò che è lo stesso, al non misurabile e all' immanente stesso.

Ma di questo principio, su cui un settecentista avrebbe arzigogolato con non minor piacere degli attuali teosofi, si vogliono dare delle dimostrazioni appoggiandosi a fenomeni che sono ben lungi dall'esser chiariti: o la cui natura e modalità di comparsa debbono, almeno per ora, attendere un più preciso giudizio.

La teosofia mescola con una agilità sorprendente la metafisica con le acquisizioni che sembrano meglio assodate dalla scienza: sfrutta, con una abilità e dottrina spesso non comuni, le illazioni estreme delle concezioni attuali sulla costituzione della materia: ma non ha trovato ancora nè un metodo unico e rigoroso di indagine sperimentale nè, meno ancora, una rigorosa unità logica.

Ciò non esclude che molti teosofi, come l' autore, siano persone di grande e fondata cultura, anche se tentano di applicare, a concezioni esclusivamente astratte, dei procedimenti logici che, almeno per ora, sembrano a noi inadeguati e dissonanti.

Levi Bianchini

35. M. U. Masini. — *Epilessia e Delitto. I caratteri specifici della criminalità epilettica.* — E. Olivieri e C. Genova, 1914. 1 vol. in-8.° di p. 210 con prefazione di E. Morselli.

Dai risultati di un accurato studio della questione, storico, critico e corredato di numerose osservazioni proprie, si è rafforzato, nell' A. « il concetto Lombrosiano della profonda intimità dei rapporti tra epilessia e delitto, nel senso che questo rampolla talora direttamente da quella al di fuori di qualunque influenza endogena o esogena. Ancora non ci è dato conoscere il meccanismo di questi legami nè ci possono appagare i tentativi fatti per chiarirlo; ma è certo che lo scoppio del delitto in epilettici

privi delle stigmate fatali del carattere, la trasformazione della criminalità femminile operata dall' epilessia che sola riesce ad eguagliare in modo perfetto il delitto della femmina a quello del maschio, la riprova offertaci dal *misdeismo* che, nella costanza del mezzo e dell'ambiente, riproduce sempre, con fedeltà fotografica lo stesso delitto attraverso la funesta serie dei soldati epilettici, sono tali fatti che non possono lasciare alcun dubbio sull'intimo innesto dei due fenomeni. A questo concetto presta un valore singolare il recente lavoro di *Plaut* (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912) il quale studiando la sifilide congenita dal punto di vista psichiatrico e forense, non solo dimostrò la tendenza al delitto nelle forme peculiari di epilessia luetica, ma constatò che la criminalità era altrettanto grave e frequente anche quando l'epilessia scoppiava nelle forme acquisite. Nessuno può dissimularsi la grande importanza di queste constatazioni: anche individui normali divenuti epilettici in seguito ad un patimento cerebrale dovuto alla lue contratta, non riescono a sottrarsi all'influenza criminogena dell'epilessia.

Ma vi ha di più, il mal comiziale di qualunque natura esso sia, imprime al delitto speciali caratteri i quali se non hanno valore presi ciascuno di per sè, acquistano però, se riuniti nella stessa azione delittuosa, un valore quasi patognomonico e permettono con la più grande probabilità una diagnosi di natura degli atti criminosi.

Il fatto che non troppo di frequente noi vediamo verificarsi questo fenomeno nel suo insieme, non basta a metterne in dubbio l'esistenza tanto più che noi siamo in grado di spiegare e giustificare le ragioni di questa sua rarità. Una delle cause principali è nella stessa natura morbosa dell'epilessia la quale possiamo ben dirlo, riassume essa sola quasi tutta intera la fenomenologia del sistema nervoso ammalato: non c'è sintoma psichico o neurologico o viscerale che essa non presenti o non ricordi nella svariata gamma dei suoi polimorfi, molteplici aspetti. E il delitto epilettico risente in modo particolare di questa varietà morbosa e ne rispecchia fedelmente le mutevoli manifestazioni. Basti pensare all'influenza dello stato della coscienza sugli atti di questi infermi!

Nè di minor conto sono le cause che al di fuori dell'epilessia, ma con essa mescolate o sovrapposte contribuiscono a deformare o a mascherarne la chiarezza delle manifestazioni.

Le influenze della degenerazione e dell'alcool, delle emozioni, delle passioni, dei sentimenti, nel groviglio inestricabile del loro intreccio, tolgono il più delle volte al delitto epilettico quella fisonomia caratteristica che esso conserva solo quando tutte queste cause estranee non ne turbano o ne ostacolano il cammino per la via maestra dell'esplosione epilettica: tuttavia anche quando la trama del delitto si serra e si perde nell'intreccio di mille fila, qualcuno dei suoi caratteri specifici spicca evidente, qualche altro si può rintracciare fra le sfumature in cui si confonde ».

La bella e chiara monografia del Masini è degnamente presentata al pubblico da una dotta prefazione di Morselli, che riconosce all'intuizione lombrosiana, (cui oggi nuovamente confermano e ingrandiscono le osservazioni di Bratz, Plaut, De Sanctis e altri), tutto il valore patogenetico dell'epilessia nella genesi di una somma di pervertimenti morali, somatopsichici e criminali.

LEVI BIANCHINI

36. SAUL DARCHINI. — *Didattica del linguaggio.* — Libreria Editrice Milanese — Milano, 1914. 1 vol. in — 4.° di p. 176.

Se ho ben compreso, l'A. fa una critica serrata di tutti i metodi didattici finora usati nell'insegnamento delle lingue: metodi che insegnano « parole » e non « concetti »; grammatica, cioè teoria, e non la pratica: che danno imagini puramente mnestiche del linguaggio straniero che s'impara, ma che non permettono affatto di pensare e concepire nella lingua stessa.

L'A. espone delle idee personali sol miglior metodo da seguire: che sarebbe quello di inculcare, nello scolaro, non solo la forma verbale. ma l'interesse logico ed associativo che unisce la parola alla frase, l'idea astratta alla concreta: procedere quindi originariamente dall'insegnamento di frasi per scendere alle parole; unire l'associazione sensoriale (esemplari di oggetti) al simbolo verbografico dell'idea: partire insomma dall'osservazione diretta e concreta di fatti semplici per procedere infine all'idea astratta.

Questo principi ci sembrano costituire anche parte del metodo in uso nelle Berlitz Schools; in ogni caso è assai simile a quello che, nelle scuole elementari di tutti i paesi, si usa per apprendere ai bambini la madrelingua.

La cultura e la profonda erudizione dell'autore, in materia, si rivelano ad ogni passo: ma lo stile ci sembra un pò nebuloso e spesso un pò troppo sintetico.

LEVI BIANCHINI

37. L. BIANCHI.—*Trattato di Psichiatria.*— 2.ª edizione.—V. Pasquale. Napoli, 1914. 1 vol. in — 8 di p. 783.

Salutiamo con viva soddisfazione la comparsa della seconda edizione di questo classico trattato.

Caso non comune, l'edizione attuale è un pò più breve di quella che l'ha preceduta. L'A. ha voluto omettere la trattazione particolareggiata delle sfere psicosensoriali dei sensi specifici, che può trovar posto in un corso più speciale di anatomia nervosa, ed ha reso così la parte preli-

minare più svelta e concisa. Perciò, dopo uno schizzo anatomico del mantello e della sostanza bianca submantellare, l'A. passa alla fisiopatologia dei processi mentali fondamentali: percezione, attenzione, memoria, ideazione, linguaggio.

A proposito di questa massima funzione cerebrale — cui l'A. si è sempre dedicato con particolare competenza — sono degne di rilievo le critiche alla teoria revisionista di P. Marie, che ebbe una fortuna molto più grande del suo intrinseco valore: così che, pur riconoscendo che il meccanismo del linguaggio tragga la sua genesi di sede e di funzione in varie aree cerebrali, queste non possono limitarsi al quadrilatero del patologo francese, ma si derivano e piantano su tutti quei centri che concorrono alla formazione ideomotrice dei simboli fasici da un lato, e alla sintesi rappresentativa, riconoscitiva, di astrazione, dall'altro. Se molti neurologhi ed anatomisti ammettono che tutta la corteccia sia psicosensoriale — ciò che resta però in parte a dimostrare — non è meno vero che grandissima parte di questa debba essere psico-verbale in senso lato: quando si pensa alle multiple sorgenti sensoriali del linguaggio, al valore eminentissimo di esso nell'evoluzione del psichismo, della vita di relazione dell'individuo, ed alla imponente regressione psichica di coloro che, pur con lesioni organiche limitate, predono l'uso del linguaggio e la comprensione mentale del simbolo verbale, fino a divenire dei veri dementi afasici.

E ciò solo è possibile perchè si interrompono le connessioni anatomiche fra certi ordegni relativamente grezzi della intelligenza, e la funzione sua più eccelta, il pensiero: perchè è scissa la continuità psico-conduttrice fra aree sensoriali e verbali e il lobo frontale: organo supremo della fusione fisiologica di tutti i prodotti sensoriali elaborati nelle altre provincie corticali: organo della sintesi cosciente e storica dei due grandi patrimonii della mente: il somatico emotivo ed il conoscitivo.

Seguono, al linguaggio, la psicopatologia delle emozioni, dei sentimenti, della volontà, e lo studio della coscienza: col quale si chiude la parte prima, introduttiva.

Non voglio omettere la definizione della coscienza che è limpidissima, come del resto molte altre. Soltanto un meridionale, oserei affermare, può rivestire un'arida definizione con forma così smagliante e vibrante. « La coscienza è un momento percettivo, rappresentativo o reattivo collegato alle passate esperienze della personalità. È varia nella sua continuità, come variano i percetti e le rappresentazioni mentali, nonchè le emozioni che ne costituiscono i dominii. È una piccola parte dell'essere somatico ed intellettivo che si rivela a sè stesso in un punto focale, sul quale il meccanismo d'illuminazione è mantenuto attivo da tutte le oscure e profonde fucine della memoria: è il *me* differenziato dal mondo; e lo è tanto più, quanto più estese sono le conoscenze e più grande è il numero delle sintesi

psichiche da esso formate. Di modo che possiamo ben dire che la coscienza è coestensiva con le nozioni e con le reazioni. »

La seconda parte è dedicata alla psichiatria speciale. « Riconosciuta ormai generalmente l' impossibilità di attenersi ad un solo criterio nosografico, è chiaro che quella classificazione promette di essere più accetta e duratura, la quale assume il maggior numero di criteri fondamentali sui quali sono basate le conoscenze generali intorno alla genesi ed ai caratteri dell malattie mentali. » L'A. distingue tre grandi gruppi, naturalmente compatibili con forme di passaggio e non necessariamente delimitati da contorni precisi o insuperabili.

Il primo comprende i difetti evolutivi psico-cerebrali; il secondo tutte le malattie mentali di origine infettiva, auto-o eterotossica che si sviluppano in individui anche regolarmente costituiti, il terzo, tutte le malattie a sostrato anatomo-patologico ben definito, localizzato o diffuso nell'organo centrale della mente.

Il fatto più saliente in questa seconda parte è senza dubbio l'accettazione come gruppo a sè della dementia praecox, che fino ad ora il Bianchi aveva considerato come varietà o esito (e in parte ritiene ancora) del grande gruppo delle psicosi sensoriali.

Possiamo ben convenire che su questo problema s'impernia una delle maggiori quistioni che si dibattono in psichiatria. L'aver sostenuto ad oltranza l'indipendenza e la vastità delle psicosi sensoriali costituisce uno dei meriti più grandi dell' illustre caposcuola italiano; e rappresenta la continuazione storica di quella sana dottrina di indagine obiettiva, che una metafisica classificatrice di oltr'alpe aveva — sotto le più smaglianti parvenze cliniche — atrofizzata e sconvolta. La sfera psicosensoriale del mantello ne è senza dubbio la parte più complessa, organizzata ed estesa: ed è intuitivo che un fatto tossico od una causa predisponente comunque, riflettendosi patologicamente sulla corticalità intera — possano e debbano con estrema frequenza determinare sindromi sensoriali ben organizzate, od episodii sensoriali più o meno duraturi. E se alcune volte questi ultimi costituiscono fenomeni sporadici di psicopatie consistenti sostanzialmente in alterazioni della coscienza o dell'emotività, sta il fatto che altre volte le sindromi sensoriali si presentano come entità perfettamente autonome— sia acute che croniche — e perfettamente individualizzate. Di fronte alle frenesie del periodo batteriologico ed alle illazioni estreme del periodo istologico, rimane intatta, anzi ingrandita a dismisura, la clinica obiettiva: che può mutarsi in alcuni suoi aspetti cronologici e sociali, ma che è immutabile nei suoi fondamenti, cioè nello studio dell' uomo ammalato

Ma anche la demenza precoce insorge spesso con turbe sensoriali che possono o cronicizzarsi in questo senso, o volgere nella demenza terminale: spesso le sue sindromi somigliano di tanto agli stati consecutivi della frenosi sensoria, che non è sempre facile, secondo l'A. poter istituire, in

simili casi, una diagnosi differenziale. Ed ancora, la disaffettività (atimia) che costituisce uno dei caratteri patognomonici della demenza primitiva, secondo i tedeschi e loro seguaci, più che essere un vero sintomo specifico, trarrebbe, secondo l'A. la sua origine nell' intrinseca natura egotistica dell'individuo pubere. In questo le attività psico-somatiche convergono tutte alle necessità imperiose dell'accrescimento fisico e mentale: esso è dunque necessariamente, normalmente, per intime ragioni di sviluppo biologico, egotista e ipo-affettivo.

Certo, a mio avviso, la demenza primitiva, nelle sue tre varietà fondamentali, costituisce un'entità clinica assai netta e differenziata. Ma i rigidi confini in cui è stata posta dai tedeschi e la paradossalo universalità che le è stata attribuita, vanno rettificati: ed è in questo senso che la buona scuola tradizionale italiana, di cui Bianchi e Morselli sono fra i più nobili ed antichi rappresentanti, procede vittoriosa con un sano lavoro di differenziazione e di rettifica.

Lo stesso dicasi delle demenze secondarie o terminali, che i moderni trattati sembravano aver sepolte nell'oblio. Tutte le malattie mentali che non guariscono, finiscono nella cosidetta demenza secondaria: che se non è un'entità a sè, costituisce l'esito universale delle psicosi croniche e conserva ancora — come attraverso ad una lastra offuscata ed opaca — le caratteristiche fondamentali, se pur attenuate, della psicosi basale.

Voglio accennare infine al capitolo delle neuropatie e delle psicosi traumatiche. Da queste l'A. esclude la « demenza traumatica » nel senso di una demenza esclusivamente derivante da un trauma: ma ne accetta l'esistenza quando essa insorga, come effetto di profonde ed estese lesioni cerebrali, sopra un terreno precedentemente disposto.

L'attuale trattato rispecchia insomma con fedeltà tutte le nuove acquisizioni della psichiatria, nel campo della fisiopatologia cerebrale e dell'anatomia patologica delle alienazioni: sintetizza, con individiabile originalità di pensiero e freschezza di forma tutto quanto risulta di più assodato nel campo, non più povero, ma ancora fecondissimo, della medicina mentale. Ma è sopratutto l'opera di una mente geniale e tutta italiana.

LEVI BIANCHINI

RECENSIONI

PSICHIATRIA

38. Maillard et Codet. — *Le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques.* (Soc. de Psych. 18.6.14 — Encéphale n.° 7, p. 92, 1914).

Secondo *Vernet e Petzetakis* l'epilessia si accompagnerebbe ad un'esagerazione del riflesso oculo-cardiaco: le ricerche di questi A. darebbero un rallentamento del ritmo cardiaco di 16-30 pulsazioni e più, per minuto. Oltre di ciò la reazione alla compressione oculare sarebbe tanto più pronunciata, quanto più gli attacchi sarebbero frequenti: il trattamento bromurato, infine, diminuirebbe l' intensità del riflesso. Quest' ultimo fatto potrebbe essera utilizzato come un' indice di azione del bromuro stesso.

I risultati delle ricerche attuali non concordano con quelli dei citati A.

Anzitutto non si sa bene ancora che cosa sia il riflesso oculo-cardiaco normale, perchè questo varia con facilità da 0 a 20: in secondo luogo non è nemmeno costante nello stesso individuo e varia da un giorno all'altro per cause non ancora apprezzabili.

Ciò premesso, gli Aa. espongono i dati delle loro ricerche su 51 epilettici: su cui il riflesso fu studiato a digiuno, in riposo (decubito dorsale) e in relazione col K Br (23 soggetti).

La ricerca del riflesso ha dato come cifre estreme 0 e 24; la media è risultata di 8,6, ciò che corrisponde alle medie normali: non fu osservata reazione inversa, cioè accelerazione del ritmo cardiaco in seguito alla compressione. Come nei sani, infine, la compressione era quasi sempre accompagnata da aritmia di origine respiratoria. Per quanto riguarda i rapporti fra riflesso e numero degli attacchi, gli Aa. non ne hanno potuto stabilire alcuno, contrariamente a ciò che fu rilevato da *Vernet e Petzetakis:* per quanto riguarda il trattamento bromurato, questo diminuisce globalmente il riflesso ma in proporzione minima: infatti la media del rallentamento nei malati a bromuro fu di 6,8, mentre in quelli senza bromuro fu di 10,1.

Riassumendo: non si può dire che il riflesso di *Aschner* sia esagerato negli epilettici; non c'è alcuna relazione fra l'intensità di quello e il numero degli accessi; quanto all'azione del Br K sul riflesso, essa è ancora sub judice.

LEVI BIANCHINI

39. ROUBINOVITCH ET REGNAULT DE LA SOUDIÈRE. — *Le réflexe oculo-cardiaque dans les démences organiques.* (Soc. de Psych. 18.6.14 —Encéphale n.° 7, p. 96, 1914).

Paralisi generale. Su 25 casi il riflesso oculo-cardiaco fu trovato assente in 19 cioè nel 76 %. L'Argyll-Robertson mancava in 21 = 84 %. C'è dunque un parallelismo evidente. L'abolizione del riflesso nella *meningo-encefalite sifilitica,* presumibile dopo gli analoghi risultati ottenuti da *Loeper e Mougeot* nella sifilide secondaria e nella tabe, fu trovato assente nei bambini ritardatarii a stigmate eredo-sifilitiche o a W R +. La frequenza dell'abolizione del riflesso in tutte le alterazioni nervose e mentali da sifilide, sembra dunque un fatto acquisito. Non si può invece conchiudere ancora se dipenda da una lesione bulbare nucleare, da una meningite, o da una meningo-radicolite interessante il trigemino.

Demenza precoce. Sono noti, in questa forma, i disturbi e l'incostanza dei riflessi: abolizione del plantare, esagerazione del rotuleo con persistenza dell'estensione (*Maillard*), midriasi o miosi, turbe vasomotorie delle estremità, frequenza del polso (*Mairet*). Su 20 casi studiati, il riflesso o. c. mancava in 10 = 50 %.

Demenza senile. Il riflesso è generalmente normale (8 volte su 12) cioè nel 67 %. *Demenza epilettica* non sifilitica e non emiplegica (10 casi): il riflesso fu trovato normale sette volte, assente una, invertito due.

Gli emiplegici devono essere considerati a parte: in questi l'abolizione del riflesso è pressochè assoluta: ciò che può dirsi pure dei *sifilitici ereditarii.* Su 32 bambini dell'ospizio-scuola di *Bicêtre,* con W R +, il riflesso fu trovato abolito 13 volte, invertito 6, normale 11; cioè alterato nel 60 % dei casi.

L'idiozia e l'imbecillità vanno studiate partitamente nelle loro varie sindromi.

Così le *encefolopatie infantili* con emiplegia, diplegia cerebrale, malattia di Little, presentano sempre abolizione del r. o. c.; mentre nè *l'idrocefalia,* nè *la microcefalia* hanno una formola propria. Su 11 idrocefalici, 6 offrivano un riflesso normale, ma gli altri sette, con abolizione od inversione di esso, erano portatori di sintomi piramidali. In uno di questi, anzi, la compressione oculare determinò una sincope con arresto del cuore per quattro secondi. Su 7 microcefali, in quattro il riflesso fu normale: degli altri tre, due erano emiplegici. In quattro *mongolici* il riflesso fu

normale tre volte, invertito una; su quattro *mixedematosi* fu abolito una volta, normale tre. Negli *idoti* senza sintomi di lesione cerebrale o meningea, il riflesso fu normale tredici volte, abolito due, invertito cinque.

L'alterazione del riflesso potrebbe dunque far sospettare una lesione encefalitica non altrimenti dimostrata.

Nelle *psicosi non organiche* invece il riflesso, difficile a studiarsi per l'opposizione frequente dei pazienti (maniaci, malinconici, deliranti alcoolisti) sembra comportarsi in modo diametralmente opposto alle psicosi organiche, ed essere nell' 80 % dei casi normale. Vero è che si studiarono solo sei pazienti: due malinconici, riflesso normale; quattro deliranti alcoolisti, tre volte normale, una volta abolito.

Gli Aa. conchiudono:

Nelle demenze legate alla *sifilide nervosa, acquisita o ereditaria*, e particolarmente nella *paralisi generale*, l'abolizione del riflesso oculo-cardiaco è molto frequente: essa deve far dunque pensare all'eziologia sifilitica anche mancando altri sintomi di specificità. Così in due dei paralitici generali, mancava l'Argyll, mentre si osservava l'assenza del r. o. c. Nelle *demenze sintomatiche di encefaliti* colpenti la via piramidale o genicolata, l'abolizione o l'inversione del riflesso sembrano costituire la regola. Nella *demenza precoce* l' abolizione esiste nel 50 % dei casi: è dunque incostante come tutti gli altri sintomi fisici di questa psicosi.

Nei *deficienti e deboli mentali* il riflesso è costantemente normale, qualora manchino gli antecedenti eredo-sifilitici: ed in questi malati manca pure, parallelamente, l' Argyll-Robertson. In alcuni casi di *psicosi non organiche*, il riflesso si è dimostrato quasi sempre normale.

Le ricerche attuali tendono a dimostrare che l'abolizione del riflesso oculo-cardiaco è 1.° un segno di *lesione organica*, 2.° un segno dell'*eziologia sifilitica acquisita o ereditaria.*

LEVI BIANCHINI

40. GENIL-PERRIN. — *Un débile Automutilateur.* — (Journal de Neurologie n.° 1, 1914).

Caso interessante di un deficiente di 42 anni instabile morale e degenerato. In età di 20 anni contrae una blenorragia che residua una fistola: per tagliar corto all' incomodo . . . si taglia netta l'asta nel 1912. Insorge in seguito prolasso del retto: ed il valentuomo, nel 1913 escide anche questo. Permangono le sensazioni genitali che il malato prova solo dormendo, in sogno, e che sono accompagnate da emissioni di sperma dall'orificio uretrale: nega di aver mai avuto rapporti omosessuali.

LEVI BIANCHINI

41. Nissl. — *Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund Nerven-und Geistes Krankheiten.*— (1 Bd. 2 Heft Berlin, Springer 1914).

Questo secondo fascicolo dei contributi di Nissl si presenta non meno ricco del primo, anzi quasi strabocchevole in figure e dettagli istologici. Espone 2 casi clinici, uno di ebefreno-catatonia, l'altro di ebefrenia con sintomi terminali di catatonia.

Nel primo caso la morte sopraggiunse in due ore con fenomeni di paralisi cerebrale, dopo un periodo di eccitamento e stupore catatonici durati 10 giorni: nel secondo la morte fu quasi fulminea, dopo 5 giorni di uno stato di eccitamento catatonico.

In entrambi i casi l'ictus sarebbe stato dovuto al rigonfiamento cerebrale, rilevato dalle misurazioni volumetriche di confronto fra capacità cranica e peso dell'encefalo: nel 2.° però si trovò un'emorragia subpiale fresca e piuttosto estesa.

Il reperto istopatologico del 1.° caso offre i seguenti rilievi:

1.° Alterazioni citologiche localizzate esclusivamente nella corteccia: morfologicamente svariatissime ma reperibili pressochè da pertutto: topograficamente distribuite in modo assai diverso, cioè massime nella circonvoluzione precentrale, minime nelle parietale. Le lesioni cellulari consistono in scomparsa dei corpi (Nervenzellenschwund); malattia cronica (kronische Erkrankung), degenerazione grassa; con questo di particolare che vicino a focolai estesissimi di scomparsa cellulare si osservano degli isolotti sparsi e limitati di lesioni diverse.

2.° Lesioni gliali, con aumento e ingrossamento del nucleo, colorabilità del plasma con sostanze basiche, formazioni di zolle gliali (Gliarasen) e, ciò che sarebbe nuovo e sufficiente per parlare di una malattia particolare diffusa della corteccia (eigenartige diffuse Erkrankung), formazione di un nuovo strato proliferativo gliale e penetrazione di glia in regioni dove normalmente non esiste.

3.° Piccole lesioni regressive dei vasi piali e corticali: enorme deposito di lipoidi (Fettkörnchenzellen) nell'avventizia, specie delle vene della sostanza bianca. Oltre a ciò scarsi e diffusi infiltrati piali.

Nessuna alterazione nel cervelletto, midollo allungato, midollo.

Nel secondo caso si trovarono:

1.° Lesioni meningee antiche (iperplasia localizzata quà e là nella pia senza infiltrati) e recenti (una grossa emorragia, ed altre piccole piali).

2.° Lesioni cellulari diffuse avanzate e svariate nell'encefalo contrastanti con l'integrità del connettivo vasale: costituite da alterazioni gravi delle cellule corticali, dei gangli basali, del ponte: cioè alterazione cronica, alveolare, scomparsa cellulare, incrostazioni pericellulari, ombre cellulari, figurazioni tipiche di neuronofagia.

3.° Alterazioni gliali regressive e progressive senza proliferazione.

4.° Il reperto più curioso è dato dall'esistenza di un numero imponente di *Mastzellen* negli spazi linfatici vasali e perfino nei più sottili capillari del *nucleus dentatus* del cervelletto, senza alcuna lesione della corticalità di questo. Si osservano ancora, ovunque, Abbauprodukte, specialmente lipoidi, abbondanti nelle cellule e negli elementi vasali: non ci sono traccie di *Abräumzellen*.

(Il repperto di questo secondo caso è molto simile a quello che i francesi (Klippel, Lhermitte, Laignel-Lavastine ecc.) ritengono specifico della demenza precoce: cioè lesioni neuro-epiteliali senza alterazioni vasali).

La lettura di questi accurati, meticolosi contributi di Nissl ci suggerisce alcune osservazioni e ci lascia quasi oppressi e disorientati dalla congerie di dettagli e di confronti.

Noi ci domandiamo se il loro valore non è altro che un valore di confronto, e quindi relativo: quando l'A. stesso confessa, d'accordo con tutti i non fanatici, che le imagini ottenute dalla fissazione postmortale sono appena delle *equivalenti* alle reali, per ora inafferabili, ma che gli studi più recenti sulla struttura sfero-colloidale della cellula nervosa ci dimostrano e fanno pressupporre tanto diverse.

Oltre di ciò il ricondurre la causa di morte improvvisa nella demenza precoce al rigonfiamento cerebrale, oggi tanto di moda, ma di una valutazione ancora troppo elastica, ci sembra non del tutto accettabile. In questa modalità di ictus, descritto, fra gli altri dalla Pascal, dal Montesano, dallo Scarpini, dal Rezza, quest'ultimo trovò recentemente, delle lesioni cellulari nel ponte (nuclei dell'ipoglosso e dorsale del vago) che ne danno una spiegazione anatomica assai più accettabile: lo Scarpini trovò focolai emorragici sotto il pavimento del 4.° ventricolo: allo stesso modo che nel 2.° caso riferito in questi Beiträge, le emorragie piali potrebbero aver avuto nel determinismo della morte per ictus un'importanza molto maggiore di quanto sia stata ammessa dai relatori del caso stesso.

Ma ci permettiamo un ultimo rilievo. Il fatto di intitolare le monografie cliniche addirittura col nome e cognome per esteso del paziente che ne è stato oggetto, può apparire come un atto di certo dispregio del segreto professionale che è un dovere codificato: mentre ci sembra che gli innegabili diritti della scienza si possano assai facilmente conciliare con quelli della riservatezza e del rispetto umano.

LEVI BIANCHINI

42. BOSSI. — *A sempre maggior conferma dei miei principi nel campo delle nevropsicosi femminili d'origine genitale e in altri campi.* — La Ginecologia moderna, fasc. 6-7, 1914.

Vivace articolo polemico riguardante i rapporti diretti fra lesioni organiche della sfera genitale e le psicosi e psiconevrosi.

Varie dimostrazioni della guarigione di sindromi psicopatiche (non sono riportate le diagnosi) in seguito a cure radicali di endometriti, metriti, utero a chiocciola, infezioni croniche dell'utero, impongono l'attenzione del psichiatra ed attesterebbero dei fatti non denegabili: sarebbe stato tuttavia un utile studio integrativo il ricercare se eguali affezioni, curate egualmente in psicopatiche, potessero essere state guarite, senza per ciò aver dato un miglioramento dello stato mentale.

Vero è che in tali casi l'A. afferma che l'affezione genitale cronicizzata, può guarire per sè, ma non dare la restitutio ad integrum della funzionalità genitale normale (mestruazione) e quindi del psichismo: ma un tal punto ci sembrerebbe bisognoso di ulteriore e più precisa dimostrazione.

Ad ogni modo, dobbiamo essere d'accordo con l'A. in alcuni giusti, giustissimi principi di profilassi e di ricerca: e sarebbe altamente desiderabile che l'A. coordinasse in un lavoro esclusivamente e rigorosamente scientifico i dati della sua sana, se pur forse poco imparziale, esperienza in materia tanto interessante, difficile e contestata.

Levi Bianchini

43. Vidoni. — *Per lo studio sui rapporti tra psichiatria e ginecologia.* — (Annali del Manicomio di Perugia fasc. 3-4, 1913).

L'A. ribadisce il principio, oramai fuori discussione, che i rapporti fra malattie ginecologiche della sfera sessuale femminile e psicosi vanno accettati con prudenza e con giusta valutazione dei fatti: che un nesso diretto fra malattie dell'utero e psicosi è estremamente raro, per quanto sia certo che alcune volte esse possono esercitare una certa azione dannosa sul sistema nervoso. L'A. riferisce 113 osservazioni cliniche: in queste, escluse quelle in cui non fu possibile eseguire l'esame ginecologico per opposizione delle malate, si trovarono lesioni dei genitali nel 45 $^0/_0$ dei casi. Eppure in questi non fu rilevabile alcun rapporto genetico fra lesioni e psicosi: mentre alcuni di questi casi, le ricerche sperimentali sulle lesioni cerebrali come fattori di involuzione degli organi sessuali, e gli studi sulle psicosi operatorie possono dimostrare invece tre ordini di fatti:

1.° che le alterazioni della sfera sessuale, anzichè causa, possono essere l'effetto di lesioni neurassiali.

2.° che gli interventi operatorii possono a lor volta, anzichè sanare, esasperare uno stato psicopatico preesistente, o addirittura determinarlo: attraverso ad un meccanismo psicogeno sia diretto che indiretto.

3.° che le alterazioni della sfera genitale possono essere, insieme a quelle della sfera psichica, gli eponenti di un terreno costituzionale già malato, e rappresentare perciò dei fenomeni paralleli ad eziologia unica; quando altre volte ancora la manifestazione prima di questa costituzione malata, non sia addirittura la psicosi stessa.

LEVI BIANCHINI

44 ROGUES DE FURSAC ET DUCLOS. —*Automutilation d'origine délirante.*— (Soc. de Psych. 18.6.14 — Encéphale, n.° 7, p. 86, 1914).

Un demente paranoide, allucinato cenestopatico, che sente scariche elettriche, « spinte intestinali », insufflazioni di venti nel ventre (delirio di danneggiamento e di influenza) si scortica e si punge a varie riprese la cicatrice ombilicale per far uscire il pus da imaginarie « suture mal nutrite ». Nell'aprile 1914, al colmo del delirio cenestesico, di notte, si perfora il ventre, al disotto dell'ombilico, con uno spillone, dilata l'orificio con le unghie, entra in cavità a forza di dita. I dolori del trauma si fanno esacerbanti ed il personale accorre. Ciò a mezzanotte. Tre ore dopo viene operato d'urgenza e ridotto della voluminosa ernia, costituita da più di 4 metri di anse intestinali fuoriuscite dalla breccia. Il malato guarisce splendidamente in 15 giorni (c'è un Dio dei matti), con gran soddisfazione del chirurgo, Picquè, e sua propria. Egli è felice del risultato: i « gas malefici » sono diminuiti, gli intestini funzionano bene e le « forze ventrali » si sono ripristinate.

Tutto è bene ciò che finisce bene.

LEVI BIANCHINI

45. BALLET. — *À propos de la psychose hallucinatoire chronique.* — (Encéphale n.° 7, p. 79, 1914).

Brevi osservazioni polemiche a proposito di un lavovo, sull'argomento, di *Trepsat et Piquemal.* (Encéphale n.° 5, 1914).

L'A. ribadisce le seguenti proposizioni:

1. La psicosi allucinatoria cronica è una malattia che consiste essenzialmente nella disgregazione della personalità.

2 Per ciò si accompagna ad allucinazioni.

3. Per ciò ancora si osserva il fenomeno dell'eco del pensiero.

4. Le idee di persecuzione, per quanto costituiscano il fenomeno sintomatico più saliente dell'affezione, non sono, cntrariamente a quanto si ammette dai più, che un fenomeno accessorio e secondario.

LEVI BIANCHINI

46. Parodi e Vidoni. — *Sulla reazione di Abderhalden* (*metodo della dialisi* — (Lo Sperimentate p. 427, 1914)

Esperienze sui sieri di vari malati di mente, allo scopo di saggiare i prodotti della dialisi che risultano dal contatto di questi sieri con la placenta o con un altro substrato albuminoideo: la tiroide. Nel primo caso, essendo esclusa per ovvie ragioni ogni possibilità di gravidanza nelle malate o nei malati manicomiali da cui si ottenevano i sieri d'esame, le indagini tendevano a saggiare la specificità della reazione in rapporto alla gravidanza: nel secondo caso si voleva riconoscere quali modalità assumesse la reazione di fronte ad un organo a secrezione interna, proveniente da individui morti per malattie varie.

Fu seguita con ogni scrupolo ed in ogni particolare la tecnica di *Abderhalden:* furono studiati 5 cani, 1 donna gravida, 36 alienati e alienate: epilettici, dementi precoci, alcoolisti, paralitici, cerebropatici adulti e infantili ecc.; 4 non alienati affetti da malattie comuni (febbri intestinali, tifoide); in tutto 45.

Risultati:

1. In casi abbastanza numerosi (13) il siero di sangue, indipendentemente da ogni contatto con substrati albuminoidei (placenta o tiroide), cede al liquido che circonda il tubo di dialisi sostanze che reagiscono alla ninidrina.

2. I sieri di individui per i quali è esclusa la gravidanza non presentano proprietà costantemente uguali relativamente alla *AR*: infatti se nel maggior numero dei casi non danno con la placenta alcuna reazione, in un certo numero danno una reazione lievissima, altre volte ancora evidente (una demente precoce diede reazione *evidente:* un tifoso non alienato, *evidentissima*).

Non si può quindi ritenere come strettamente specifica della gravidanza, la reazione di *Abderhalden:* la quale tuttavia serve a mettere in luce interessanti proprietà che alcuni sieri presentano, a differenza di altri che diversamente si comportano.

3. Di fronte al substrato tiroide i sieri dei malati si sono comportati in modo molto vario e che non permette conclusioni.

4. Furono osservate alcune coincidenze interessanti, le quali, se non altro, confermano l'utilità delle ricerche secondo l'indirizzo segnato da *Abderhalden.*

Così alcuni casi, nella cui storia clinica erano segnati dei disturbi a carico dei genitali (dismenorrea, cisti ovarica) diedero reazione positiva di vario grado con siero + placenta; ma per converso in altri casi con analoghi disturbi, la reazione siero + placenta fu assolutamente negativa. Un risultato assai suggestivo fu offerta infine da un'epilettica con note

di mixedema: in questa il siero diede una reazione fortemente positiva *soltanto* nella sua combinazione siero + tiroide.

LEVI BIANCHINI

47. VIDONI. — *I pericoli e il danno di sottrarre all'alienista ed agli istituti manicomiali l'assistenza e la cura degli ammalati di mente.* (Giornale di psich. clin. e tecn. man. fasc. I-II, 1914).

L'A. deplora la scarsità degli istituti manicomiali in Italia, dove il numero degli alienati è in costante aumento; critica con giusta severità certi depositi di cronici, abbandonati a sè, senza medici specializzati, in qualche piccolo paese di provincia o in qualche sezione ospedaliera: propugna la creazione di riparti ben organizzati di osservazione nelle grandi città, e di ricoveri manicomiali per cronici, in base ad un ben inteso decentramento.

È unita al lavoro un'accurata statistica sui manicomi, sul modo come le provincie provvedono ai loro alienati, sul numero e qualità delle succursali manicomiali, sui ricoveri non psichiatrici che ospitano alienati, sull'assistenza famigliare; sui pareri dei vari alienisti a proposito dei problemi ora ricordati.

LEVI BIANCHINI

48. E. BERTHOLET. — *Alcool et Tuberculose.* — Bulletin de la Societè médicale belge de Tempérance. — Bruges, 1914.

Dalle ricerche anatomo-patologiche dell'autore sull'uomo e sugli animali, come dagli studi statistici di Holitscher, si possono trarre le seguenti conclusioni sui rapporti che intercedono fra alcoolismo e tubercolosi:

1. *La tubercolosi è più frequente nei vecchi bevitori che non nei giovani:* ciò dimostra che l'alcoolismo cronico diminuisce la resistenza dell'individuo a tal punto da privarlo di ogni potere di difesa contro l'invasione del bacillo.

2. *Nei non alcoolisti la tubercolosi è più frequente nelle età più giovanili*, ciò che dipende dalla loro ereditarietà spesso tarata (eredo alcoolismo).

3. *L'alcoolismo cronico dei genitori provoca gravi e profonde tare degenerative nella discendenza*, la quale nascendo gia atresica, diventa più facilmente preda dell'infezione tubercolare.

Questo breve lavoro è corredato da eccellenti grafiche e da dati numerici sulla mortalità degli acoolisti, sulle lesioni delle ghiandole sessuali, sulla mortalità per tubercolosi negli alcoolisti e negli astinenti.

LEVI BIANCHINI

49. *Zehnter Rechenschaftsbericht des Hilfsvereins für Rekonvaleszente Geisteskranke in Würtlemberg.* — O. Bachmann, Saulgau, 1914.

Resoconto annuale dell'attività spiegata nel 1913 dal patronato Württemberghese di assistenza degli alienati convalescenti. Questa società, posta sotto la tutela del ministero degli interni, conta più di un migliaio e mezzo di soci, fra i quali vengono scelti degli uomini di fiducia (Vertrauensmänner) incaricati delle visite ai malati e della distribuzione dei soccorsi. L'importo di questi ammontò, nel 1913 alla somma di 14.045 marchi: il numero delle visite fatte a 404, quello delle persone seccorse a 389. Oltre di ciò, della predetta somma, 2389 marchi furono distribuite a famiglie indigenti le quali, per la malattia del loro capo, erano state ridotte in cattive condizioni economiche.

Il patronato di soccorso possiede un fondo proprio di più di 56.000 marchi: è entrato, col 1914, nel 10 anno di vita: è retto da uno statuto semplice e preciso che ne regola ammirabilmente l'attività.

LEVI BIANCHINI

50. G. AMALFI. — *Delitti dt superstizione* (*criminologia folk-lorica*).— Rivista di Diritto penale e sociologia criminale, 1914.

Il pregiudizio e la superstizione, le pratiche ed i delitti loro connessi sono antichi quanto il mondo: ma in nessun'epoca, come nel medio evo, diedero luogo a cosi spaventose manifestazioni di epidemie collettive, e a cosi orribili procedure di repressione. La parte avuta in ciò dalla Chiesa, è tristamente famosa.

Oggi, gran parte della storia della superstizione appartiene al passato, e, giuridicamente, all'archeologia del diritto penale: quando cioè i fatti di stregoneria, malia, fattucchieria, incantesimo, diabolismo, erano puniti per sè stessi in quanto erano reati gravissimi di lesa religione.

I delitti di superstizione, spogliati attualmente dei loro attributi penali religiosi sono da considerare come reati di impostura, abuso di credulità, capaci tutt'al più di recar pregiudizio all'ordine pubblico (art. 459 C. P.); sono scomparsi, fin dopo la rivoluzione francese, quei crimini di sortilegio, scongiuro magico, superstizione in genere (offese a Dio) che il Diritto canonico aveva bollato con le più orrende punizioni.

Ed ancora il reato è, attualmente, punibile, solo quando esita l'intenzione a frodare: non è più delitto come figura giuridica, ma contravvenzione: salvo quando debordi dalla buona fede e rientri nell'orbita comune della truffa o dell'omicidio.

Questa eccellente monografia di un magistrato, già noto per l' alta coltura storica e giuridica, ci dà una rapida cronologia della supertizione, dal mondo antico ai nostri giorni e svolge, dal punto di vista storico e critico, tutte le figure giuridiche che la superstizione ha assunto attraverso le età e le opinioni del giurista, del religioso, del sociologo.

LEVI BIANCHINI

51. MORSELLI. — *Epilessia e criminalità*. — (Archivio di antropologia criminale fasc. I. 1914).

Il concetto lombrosiano della natura epilettica del delitto, se fu forse troppo allargato da Lombroso, rimane tuttora valido e riceve sempre nuove conferme specialmente nei riguardi del delitto epilettico: figura clinico-antropologica oramai specifica e che riceve, grazie alle nuove scoperte nella biopatologia delle psicosi, delle dimostrazioni indiscutibili.

Basta ricordare la delinquenza negli epilettici eredosifilitici, descritta da *Plaut*, del tutto simile a quella degli epilettici originarii e quella dei giovani amorali (*Gruhle*) in cui il delitto è spesso l'esponente di una degenerazione ereditaria, criminale, epilettica o alcoolista più che sufficiente, per sè stessa, di ingenerare la diatesi organica e psicopatologica dell'epilettoidismo.

L'attuale articolo di Morselli fa parte di una smagliante prefazione che l'A. ha fatta per l'opera del Masini: « Epilessia e delitto ». (v. più sopra).

LEVI BIANCHINI

52. MINGAZZINI. — *Der geniale Mensch und die Entwicklung des Hirnmantels*. — Neurologisches Centralblatt, n.° 19, 1914.

I progressi colossali conseguiti dall' istologia del mantello cerebrale in quest'ultimo trentennio, hanno permesso di dimostrare, su numerose e ben fondate osservazioni, che particolari attitudini mentali possono aver per base una maggior ricchezza cellulare di certe ragioni corticali, la cui funzione psichica e psicosensoriale è oggi clinicamente e sperimentalmente dimostrata: e che d'altra parte molte delle presunte psicosi e anomalie dell'uomo di genio, son dovute o a fenomeni tardivi del senium, o a caratteristiche che sussistono in egual misura in moltissimi uomini medii e normali.

L'evoluzione superiore del psichismo non si basa soltanto sull'ampiezza dei poteri di riconoscimento interiori ed esteriori (gnosis), e sulla delicatezza delle singole attitudini muscolari (praxia), ma anche sull'acutezza e e potenza delle correlazioni (associazioni concettuali): ed è questa anzi la caratteristica che pone l'uomo al sommo della scala dei mammiferi.

Quando ora la natura (per cause ancora ignote) dona una eccezionale ricchezza di elementi nervosi a delle zone corticali deputate a questa o quell' altra funzione, questo rigoroso fatto anatomico è sufficiente a condizionare un prodotto psichico superiore alla norma, cioè l'uomo di genio.

LEVI BIANCHINI

53. ROGUES DE FUFSAC ET J. EISSEN. — *Contribution à l'étude du témoignage indirect.* — (4.e Congr. de méd. leg. 1914 Paris. — Encéphale p. 566, n.° 6, 1914).

A lato della testimonianza diretta, nella quale il teste riferisce ciò che ha visto od ha inteso personalmente, devesi studiare la testimonianza indiretta dove il racconto del testimonio presenta i fatti quali gli sono pervenuti a conoscenza attraverso ad un numero maggiore o minore di intermediarii. Il valore di queste testimonianze è importante a fissarsi; perchè, se in giustizia sono meno considerate delle testimonianze dirette, non sono però meno utili nell'orientare le ricerche dell'istruttoria. D'altro lato, la testimonianza è la base di ciò che si conviene chiamare « la verità storica »: gli autori di corrispondenze e di memorie dei tempi, ai quali gli storici attingono, raccontano quasi sempre ciò che hanno inteso raccontare, non ciò che hanno veduto. È dunque interessante, dal punto di vista storico, di fissare, per quanto è possibile, il valore di questa forma di testimonianza.

Gli A. si sono serviti, a tale scopo, di un avvenimento semplice e preciso e bene controllato, costituito da ciò: un mattino della fine di febbraio, verso le 8, in un manicomio dove prestava servizio, il dottor *X* fu morso alla mano da un cane che dall'aspetto sembrava arrabbiato. Alcune ore dopo, il dottore uccise il cane a colpi di revolver.

Com'era da prevedere, i racconti dei testimoni indiretti, paragonati con quelli del dottor *X*, dimostrarono che la realtà aveva subìto, attraverso alle conversazioni che l'avevano trasmessa, delle alterazioni profonde. Ma — e in ciò sta l'interesse dello studio della testimonianza indiretta — queste alterazioni sembrano avvenire non a caso, ma secondo delle regole abbastanza precise.

Anzitutto, un certo numero di fatti sono puramente e semplicemente lasciati da parte, colpiti dall'oblio: sono questi i fatti che non interessano il pubblico. Nel caso attuale, nessun testimonio seppe dire da dove era

venuto il cane; e ciò perchè se questo fatto può essere capitale dal punto di vista giudiziario (per rintracciare il padrone del cane) non offre, dal punto di vista drammatico, che è il solo considerato dal pubblico, che un interesse mediocre. Il dottor X è stato addentato da un cane che era forse rabbioso: ecco il punto interessante. Poco importa che il cane fosse grande o piccolo, bianco o nero, col collare o senza.

Per converso, quando il pubblico ha il sentimento di aver corso un pericolo e vien messa, per ciò, in azione la sua emotività, egli ha la pretesa di sapere esattamente quando e come ha corso il detto pericolo. Un animale, che poteva essere arrabbiato, é penetrato ed ha soggiornato nell'asilo, dove ciascuno avrebbe potuto incontrarlo e diventarne la vittima. Quando e come ciò avvenne? È impossibile, per mancanza di dati, ed a malgrado della minuziosissima inchiesta del dottor X, saperlo: ma il pubblico non si rassegna a questa ignoranza e su 7 testi, 6 danno delle notizie precise sulla data dell'entrata del cane, e 3 sul modo come é penetrato. Questi dati sono naturalmente fantastici, ma si basano su fatti reali. Sembra che lo spirito pubblico non inventi nel vero senso della parola, ma, ad imitazione di certi deliranti, si accontenti di interpretare.

Il racconto (esatto) del medico è il seguente. Martedì mattina verso le otto, uscendo dal suo appartamento, in un padiglione separato dalla sala di guardia, il dottor X vede un cane coricato sul paglièriccio, con l'aria triste e malata. Gli getta un pezzo di carne, che il cane mangia subito: quindi gli si avvicina e lo accarezza. Il cane non ringhia. Gli vuol togliere dal collo una corda che teneva legata ed allora viene morsicato. Durante la scena, la cagna del dottore che si trovava nell'appartamento, si era avanzata verso la soglia della porta, senza oltrepassarla, restando a circa 1,50 metro di distanza dal cane forestiero.

Il racconto di un testimonio è il seguente. Il cane era da tre giorni nella sala di guardia e stava mangiando: quando il dottor X è sopraggiunto con i suoi cani. Questi hanno voluto mangiare il cibo del loro consimile, donde una rissa. Il dottor X cercò di separare i combattenti e fu morsicato alla mano.

Si vede che in questo racconto, all'infuori della morsicatura, tutto è falso. Ma se si analizza questo racconto fantastico, si constata che tutti gli elementi sono presi a prestito dalla realtà. Il testimonio, o piuttosto lo spirito pubblico, di cui il suo racconto è l'espressione, si è limitato a interpretare e a sistematizzare i materiali che gli sono stati forniti.

Il cane forestiero ha mangiato un pezzo di carne, il dottor X è stato morsicato, la sua cagna era presente: ecco i fatti reali. Che si domandi a qualcuno di ricostituire la scena, quale dovette svolgersi, ed il suo spirito presto farà a colmare i vuoti ed a coordinare il tutto in un racconto simile a quello ora riportato: i due cani si sono battuti, il dottor X è intervenuto ed è stato morsicato. Ed è egualmente per una falsa interpretazione

dei fatti che il testimonio in questione trasporta la scena del dramma nella sala di guardia. È da rilevare anzitutto che si tratta di un medico interno, e che all'idea dell'interno si associa naturalmente quella della guardia. In secondo luogo un cane molto simile al morditore era stato ricoverato nella sala di guardia due giorni prima. Ora, sempre in virtù della tendenza alla semplificazione, il pubblico ha identificato i due animali.

Riassumendo: oblio dei fatti che non sono capaci di suscitare un'emozione: falsa interpretazione dei fatti elementari forniti dalla realtà: coordinazione di questi fatti, deformati dall'interpretazione, in un sistema realizzante il massimo della semplicità, di verisimiglianza e di logica apparente: ecco i principali fattori di alterazione della verità nella testimonianza secondaria.

Gli A. ritengono che si possa applicare alla testimonianza secondaria, modificandola leggermente, la frase di *Goethe* a *Eckermann* nelle sue « *Affinità Elettive* »: « *Tutto ciò che io ho detto in questo libro è vero, ma nulla è succeduto nel modo in cui è raccontato* ». — « *Tutto ciò che riferisce un testimonio indiretto*, si potrebbe dire, *può esser vero: ma nulla può esser succeduto nel modo come lo racconta* ».

Discussione:

Lacassagne osserva che questa comunicazione dimostra una volta di più come l'istruttoria non debba basarsi su testimonianze, ma su indizii scientifici. Un individuo isolato, in capo ad un certo tempo, ricorda vagamente. Se vive nella società, tutti i racconti che ode, fermentano; ed egli si forma un'opinione media. Il testimone crede di dire la verità e non la dice.

Le esperienze di Claparède in proposito sono molto conclusive. Si ripetono molte cose che si sono lette e che si crede siano realmente succedute.

Levi Bianchini

NEUROPATOLOGIA

54. B. Rebizzi.—*Sulla funzione dei lobi frontali.*—(Estratto dal volume pubblicato in omaggio al prof. C. Agostini) — Bartelli, Perugia, 1914.

Caso clinico interessantissimo perchè avente il valore di un esperimento di Laboratorio. Si tratta di una demente paralitica la quale, mentre prima di ammalare era stata donna di equilibrio ed intelligenza perfettamente normali, presentò, all'età di 52, modificazioni notevoli del carattere; esibizionismo, vagabondaggio, violenze e danneggiamenti, furto, incendio, autochiria: tutti sintomi, all'infuori del primo, poco comuni alla demenza paralitica. Morì dopo 6 anni di malattia.

La spiegazione dei sintomi fu data dal reperto anatomico, pur esso poco comune: cioè un'atrofia profondissima — forse mai osservata in tale misura -- a carico di tutte le circonvoluzioni dei lobi frontali e di parte delle temporali: atrofia globale, simile ad una vera microgiria, ma acquisita e non biopatica, poichè l'intelligenza della paziente, fino all'età di 52 anni si era svolta con attività e regola superiori anche alla media normale. Le alterazioni citologiche confermarono la diagnosi di paralisi generale.

L'A. trova nel reperto attuale—diminuzione immediata e progressiva di tutti i poteri sintetici ed inibitori — la conferma che i lobi frontali sono la sede delle più elevate funzioni psichiche: quali il criterio, il carattere, la memoria, l'inibizione: in una parola, della sintesi mentalo superiore e cosciente.

Levi Bianchini

55. Claude et Loyez. — *Etude d'un cas d'intoxication satarnine avec paralysies et atrophies musculaires de date ancienne* — (Encéphale n.° 7, p. 30, 1914.)

Caso clinico e anatomo-patologico di un antico pittore di carrozze; interessante perchè differisce dal quadro classico della paralisi saturnina per i seguenti elementi 1.° lunga durata degli accidenti, senza retrocessione (20 anni); 2.° ordine di comparsa e localizzazione delle paralisi (inizio ai muscoli motori del pollice, diffusione agli estensori della mano e a tutti

i muscoli degli arti superiori: 3.° natura delle lesioni istologiche (atrofia semplice delle fibre muscolari e un tipo di degenerazione molto simile a quello osservabile in certe miopatie: lesioni del radiale, mediano, cubitale).

Si osservarono pure delle note di iperfunzione di alcune ghiandole endocrine quali l' ipofisi, il pancreas, le surrenali.

Tutte le paralisi muscolari avevano evoluto progressivamente per venti anni, fino alla morte avvenuta per pleurite, quantunque il soggetto si fosse sottratto all'intossicazione saturnina già da 11 anni: ma bisogna rilevare che, in compenso, era divenuto alcoolista.

È lecito dunque ritenere che, nel quadro clinico ed anatomopatologico, l' intossicazione etilica cronica abbia rappresentato una certa parte, non trascurabile.

Levi Bianchini

56. Dejerine et Pélissier. — *Contribution à l'étude de la cécité verbale pure*. — « Encéphale n.° 7, p. 1, 1914 ».

1) *Clinica*. — I disturbi della lettura, nell'afasia, devono essere divisi in due gruppi. Il primo comprende tutti i casi nei quali l' alessia è accompagnata da agrafia e da disturbi del linguaggio interiore: il secondo quelli nei quali l'alessia è il solo sintomo afasico osservato. Il primo gruppo appartieno all'afasia di *Wernicke;* il secondo costituisce la « *cecità verbale pura* ». Confusi nella descrizione dell'afasia sensoriale, questi due tipi sono nettamente differenziati dal punto di vista clinico e anatomo-patologico, dopo il caso tipico illustrato da *Dejerine* fin dal 1892.

Mentre la cecità verbale dell'afasia di *Wernicke* è una sindrome abbastanza comune, la cecità verbale pura è un'affezione relativamente rara: gli Aa. che hanno potuto raccoglierne in tempo relativamente breve tre nuovi casi, colgono l'occasione per riassumere lo stato attuale delle cono scenze sull'argomento.

Il primo caso riguarga un rappresentante di commercio, colpito a 59 anni nel 1911 da *ictus* che residua la seguente sintomatologia: Emianopsia omonima destra con reazione pupillare emiopica. Cecità verbale pura; le lettere non sono riconosciute che con grande difficoltà e la comprensione delle parole scritte è pressocchè impossibile. Conservazione della scrittura spontanea. Impossibilità della scrittura copiata: il malato trascrive isolatamente staccata ogni lettera stampata che riconosce o crede di riconoscere. Lettura delle cifre conservata. Non esiste agnosia visiva. Emiparestesia destra con disturbi del senso stereognostico. Non afasia, nessun segno di indebolimento mentale: il malato attende ai propri affari, non semplici nè pochi, come per lo passato.

Il secondo caso è di una donna che a 63 anni, nel 1913, dopo un abbozzo vertiginoso di *ictus* presenta cecità verbale pura: alessia verbale

e letterale: emianopsia laterale omonima destra; dopo due mesi l'alessia è scomparsa progressivamente e l'emianopsia ha subito qualche lieve miglioramento.

Il terzo caso riguarda un malato di 60 anni, sifilitico a 20, che nel 1909 è colpito da emiplegia destra: nel 1913 ha una serie di 3 *ictus* in 1 mese di cui il terzo gravissimo e con coma. Residuano: cecità verbale pura con emianopsia omolaterale destra in emiplegico destro: alessia assoluta con conservazione della lettura delle cifre. Disturbi importanti a carico della scrittura in seguito all'emiplegia destra, ma senza vera agrafia.

Questi tre malati offrono degli esempi un pò diversi, ma tuttavia molto precisi, di quell'affezione che *Wernicke* aveva denominato « *alessia subcorticale* » ma che il *Dejerine*, fissandone la sintomatologia e la localizzazione anatomica ha designato col termine di « *Cecità verbale pura* »: termine preferibile al primo, perchè essendo soltanto clinico e non anatomico, non pregiudica la natura corticale o subcorticale della lesione organica e non necessita alcuna ipotesi.

La cecità verbale pura si distingue dalla cecità verbale dell' afasia sensoriale per questo fatto essenziale: che il linguaggio interiore non è menomamente offeso, che non esistono tracce di sordita verbale e che la parola è sempre intatta. Il solo sintomo presente è l'*alessia*, con alterazioni della scrittura copiata.

Quest'alessia, sempre molto pronunciata, può tuttavia manifestarsi con diverse modalità: può essere cioè *letterale*, ed allora il malato non riconosce alcuna lettera: oppure solamente *verbale* ed in questo caso il malato, pur riconoscendo le singole lettere, non può riunirle in sillabe, nè leggere la parola. Oltre a questi due tipi, verbale e letterale, che spesso si possono trovare riuniti nello stesso soggetto si potrebbe distinguere, secondo *Bruns*, una terza varietà nella quale la lettera pur non potendo venir pronunciata, sarebbe tuttavia riconosciuta. Infatti il malato di questo A. non poteva nè leggere nè pronunciare alcuna lettera: ma se veniva messo davanti ad un Alfabeto e invitato ad indicare il *b*, il *k*, l'*a*, li mostrava subito senza errore.

La cecità verbale pura è dunque una sindrome perfettamente bene individualizzabile; e se, tutt'al più può essere avvicinata alla cecità psichica, poichè può considerarsi infatti come una cecità psichica limitata alla scrittura, va pure bene distinta dall'afasia ottica la quale consiste nell'impossibilità per il malato di nominare gli oggetti presentatigli alla vista, mentre ne riconosce perfettamente le proprietà e l'uso. Come si vede, quest'ultima non ha nulla a che fare con la cecità verbale pura che consiste nell'impossibilità di riconoscere le lettere e le parole, e non nell'impossibilità di nominarle.

Un sintomo invece che quasi costantemente accompagna la cecità verbale pura, è l'emianopsia laterale destra: mentre il solo sintomo di

afasia sensoriale osservabile in quella è l'alessia, senza alcuna traccia di sordità verbale, a linguaggio interiore e motore perfettamente intatti: e con disturbi della scrittura copiata in diretta relazione con l'alessia. Se esistono altri sintomi (agnosia visiva e aprassia) questi sono dovuti all'estensione del focolaio. Anche l'intelligenza è generalmente ben conservata.

L'evoluzione della cecità verbale pura è molto varia: può migliorare, fino a guarire (e sono i casi più rari) può guarire con difetto o persistere indefinitamente, e sono i casi più frequenti

Un'ultima, rara, varietà di alessia, descritta da *Pringle & Morgan* nel 1896 col nome di *cecità verbale congenita* e da *Variot & Lecomte* nel 1908 che proposero di nominarla *tiflolessia congenita* merita di essere segnalata. Si tratta, in questi casi, di soggetti nel resto normali, che non possono arrivare a leggere correttamente e per i quali, durante molti anni o tutta la vita, la lettura rimane un'operazione impossibile o difficilissima. Secondo *Winshewood* quest'affezione avrebbe spesso un carattere familiare: potrebbe considerarsi forse come una perturbazione congenita delle imagini visive (piega curva) ma in tal caso sarebbe una sindrome del tutto diversa dalla cecità verbale pura nella quale, come si è detto, l'imagine visiva è conservata.

2) *Fisiopatologia.* — Il meccanismo fisiopatologico della cecità verbale pura si basa sui due punti seguenti: 1.° la visione della forma delle lettere è conservata e la concomitante emianopsia con conservazione della visione centrale non esercita alcuna azione genetica sulla cecità verbale stessa: 2.° la nozione grafica della parola e l'imagine visiva verbale restano integre, perchè il soggetto scrive così bene come prima e, di conseguenza, rimane capace di « *vedere mentalmente* » la parola al momento di scriverla.

Si deve conseguentemente ammettere che il disturbo sta nel rapporto fra la percezione visiva della parola, rimasta normale, e le associazioni mentali generate dalla parola stessa, che s rilevano alterate: ma che sono tuttavia possibili poichè si risvegliano subito nel meccanismo della scrittura. La cecità verbale pura rispetta dunque il linguaggio interiore: oltre ciò, come ha dimostrato *Dejerine* nel 1892, la zona del linguaggio non è colpita. La cecità verbale pura non deve dunque essere compresa nel quadro delle afasie *vere.*

3) *Anatomia patologica.* — Per quanto le autopsie di soggetti colpiti da cecità verbale pura siano molto scarse, pure l'anatomia patologica dell'affezione è bene conosciuta.

Esiste nella sostanza bianca del lobo occipitale sinistro, nel punto in cui è raggiunta dal *forceps maior*, un quadrivio di vie nervose la cui importanza è capitale per la fisiologia della lettura. Vi passano infatti, da una parte, le radiazioni ottiche, le quali arrecano alla regione calcarina le impressioni visive provenienti dalle metà destre delle retine; dall'altra,

le fibre che comunicano la scissura calcarina (centro ottico comune) con la porzione posteriore della zona del linguaggio, cioè con la piega curva, centro *visuo-verbale:* fibre di cui le une prevengono direttamente dal centro ottico sinistro, le altre dal lobo occipitale destro attraversando il corpo calloso. Una lesione in detto punto indurrà contemporaneamente un'emianopsia sinistra, per interruzione delle radiazioni ottiche sinistre, e una cecità verbale, per interruzione delle comunicazioni fra il centro visivo destro, ancora funzionante, ed il centro del linguaggio.

È questa infatti la sede della cecità verbale pura. Nel caso principe, riferito dal *Dejerine* nel 1892, la lesione che aveva determinata la sindrome consisteva in un antico focolaio malacico che, superficialmente, occupava la base del *Cuneus*, la parte posteriore del lobo linguale e del lobo fusiforme e si approfondiva ad angolo fino alla punta del corno del ventricolo laterale. Analoghe constatazioni furono fatte da *Bonvicini & Potzl* e da altri.

La lesione della cecità verbale pura è dunque essenzialmente subcorticale, e, contrariamente a quanto si verifica nell'afasia motrice ha diritto a chiamarsi sinonima dell'alessia subcorticale. Alle volte la lesione può essere doppia: cioè nel lobo occipitale e nello *splenium*, o addirittura doppia nel lobo occipitale stesso, ma in tali casi può dare non di raro come sintomo sovrapposto, la *cecità psichica.*

Le lesioni della piega curva invece non possono determinare la sindrome di alessia pura. Vi si uniscono sempre, in questi casi, dei sintomi di afasia con disturbi del linguaggio interiore, e particolarmente di agrafia. Perchè la alessia pura si produca, è necessario che la zona del linguaggio sia intatta.

4) *Conclusioni.* — La Clinica e l'anatomia patologica ci dimostrano chiaramente il modo con cui dobbiamo concepire la cecità verbale pura. Si tratta di un tipo morboso nel quale il linguaggio interiore essendo perfetto e la visione essendo turbata solo da una concomitante emianopsia omonima, le eccitazioni ricevute dal centro visivo comune non sono più trasmesse ai centri del linguaggio.

Il malato vede la lettura, ma la visione ottica non può più ridestare le associazioni sensoriali e psichiche che costituiscono l'atto della lettura. Il più delle volte questa cecità alfabetica non è assoluta, la lettura è ancora riconosciuta, ma con tanta difficoltà che la riunione delle lettere in sillabe e delle sillabe in parole è divenuta impossibile.

L'alessia è allora verbale, ma non letterale.

Tuttavia non può dirsi che si tratti di due processi differenti.

In ogni alessia verbale, si possono mettere in evidenza dei disturbi dell'identificazione delle lettere. Il soggetto, che riconosce abbastanza bene una lettera isolata, trova molto maggiore difficoltà a riconoscere la stessa lettera in mezzo ad una parola: fatto di fisiologia normale nel bambino

che impara a leggere. Che la cecità sia dunque solamente verbale o che sia letterale, il meccanismo d'origine è sempre lo stesso, e la differenza non è che di grado.

La cecità verbale pura deve essere riattaccata alle afasie, perchè rappresenta la perdita di una delle modalità del linguaggio, ma si distingue dalle afasie « *vere* » perchè il linguaggio interiore si è mantenuto perfettamente inalterato.

La cecità verbale pura può essere avvicinata alle agnosie visive, poichè si tratta, in ultima analisi, della non-identificazione di un oggetto veduto, ma se ne distingue per la sua specializzazione, per la sua individualità clinica e anatomica, mercè la quale può esistere — *ed è il caso più frequente* — in assenza di qualsiasi cecità psichica e viceversa. Non sarebbe dunque esatto di considerarla semplicemente come una forma clinica dell'agnosia visiva.

LEVI BIANCHINI

57. G. FUMAROLA. — ***La sindrome dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare.*** — Contributo clinico e anatomo-patologico. — F.lli Pallotta, Roma, 1914, 1 vol. in-8° di p. 173.

La diagnosi dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare è tutt'altro che facile.

La loro sindrome può esser simulata non solo da neoplasmi situati in altre parti dell'encefalo, ma perfino da affezioni cerebrali di natura completamente differente, e in ispecie dalla meningite sierosa.

Altrettanto difficile è discriminare se si tratta di un tumore dell'angolo ponto-cerebellare propriamente detto, ovvero se tale è divenuto secondariamente, ma con origine nel ponte, nel bulbo, nel cervelletto. Questa distinzione in un'epoca come la presente in cui la chirurgia, vinte le prime incertezze, è riuscita talvolta, con ardimento meraviglioso, ad ottenere risulati mai prima sperati, è tutt'altro che teorica. I tumori dell'angolo ponto-cerebellare propriamente detti possono essere in genere facilmente estirpati poichè comprimono la sostanza nervosa vicina senza distruggerla; gli altri fanno invece corpo con questa, e sono praticamente inestirpabili, almeno nella loro interezza. L'intervento chirurgico che può esser coronato da un pieno successo nel primo caso, riesce invece nel secondo quasi sempre dannoso. Una esatta diagnosi quindi rispetto alla sede non solo, ma anche alla origine di tali tumori s'impone ogni volta, sia per la esattezza del giudizio prognostico, che per la opportunità dell'intervento chirurgico.

Con l'intento appunto di apportare qualche contributo allo studio di così importanti quistioni, e sopratutto allo scopo di ancor meglio precisare i criterii che debbono guidarci nella difficile diagnosi differenziale tra i

tumori di questa regione e quelli di altre parti dell'encefalo, non escluse alcune affezioni cerebrali di natura del tutto differente, l'A. ha raccolto in questo lavoro, notevole per la chiarezza, per il metodo e per la cura degli esami obiettivi e istopatologici, sette osservazioni personali studiate nella clinica neuropatologica di Roma. Quattro di queste furono seguite da autopsia. Le prime due osservazioni riguardano casi di tumore dell'angolo ponto-cerebellare propriamente detto. (I-II, neurofibroma dell'acustico; fibrosarcoma fusocellulare dell'acustico). La terza si riferisce a un caso di sarcoma a cellule rotonde del peduncolo cerebellare medio, che, resosi secondariamente libero nell'angolo ponto-cerebellare, simulava la sindrome di un tumore di questa regione. La quarta concerne un caso di sarcoma cistico cerebellare sinistro, simulante la sindrome di un tumore dell'angolo ponto-cerebellare destro: la quinta, una cisti da echinococco del lobo frontale destro, simulante la sindrome di un tumore dell'angolo ponto-cerebellare sinistro: la sesta una cisti dell'emisfero cerebellare sinistro, la settima una meningite sierosa. Anche queste due ultime simulavano la sindrome di un tumore dell'angolo.

In due casi (oss. I, III) mediante tagli frontali in serie dell'asse cerebrospinale, colorati con varii metodi, l'A. ha studiato gli effetti della compressione esercitata dal tumore sulle varie parti dell'encefalo (schiacciamento, deformazione, stiramento assottigliamento ecc., di varie regioni basali e dei nervi cranici).

Un breve capitolo è finalmente dedicato alle ricerche acustico-vestibolari, cui oggi spetta, per consenso non solo dei neurologi, ma dei chirurgi e degli otologi, un posto principale nella diagnosi dei tumori di questa regione.

Levi Bianchini

58. Bertholet. — *Les voies de conduction de la sensibilité dans la moelle épinière.* — Journal für Psychologie und Neurologie. — Bd. 20, 1913. Ergänzungsheft 2.

Dalle ricerche cliniche e sperimentali sulle vie sensitive nel midollo, risulta che esistono due vie diverse per la conduzione delle sensibilità cutanee:

1. *I cordoni laterali (e più specialmente il fascio di Gowers), conducono la sensibilità dolorifica e la sensibilità calorifica.*

2. *I cordoni posteriori conducono le sensazioni tattile e frigorifera.*

3. Le sensibilità al dolore e al calore da una parte e le sensibilità al tatto e al freddo dall'altra, sembrano possedere, ciascuna nel loro gruppo, delle fibre nervose speciali e proprie, che si incrociano nel midollo a differenti altezze.

4. Le vie della sensibilità al dolore e al calore sono quasi totalmente incrociate nell'uomo; in parte soltanto negli animali (cane e gatto).

5. Le vie dolorifiche e calorifiche sono composte di due neuroni: la cellula del primo neurone si trova nel ganglio spinale, quella del secondo nella sostanza grigia (probabilmente del lato opposto, *Pilz*).

6. Le vie di conduzione delle sensibilità tattile e frigorifera sono dirette.

7. La sostanza grigia come tale, nella sua lunghezza non conduce il calore e il dolore a distanza; ella vi partecipa tuttavia fornendo il secondo neurone sensitivo deputato a formare il fascio di Gowers.

8. Le divergenze fra sperimentatori e patologhi derivano da differenze nelle condizioni di osservazione e produzione dei fenomeni: sono più apparenti che reali.

Levi Bianchini

59. Pellegrini. — *Sulle correlazioni tra le ghiandole a secrezione interna.* — Osservazioni anatomo-patologiche (atti del R. Istituto Veneto ecc. p. 1001, 1914).

Ricerche anatomo-patologiche su 17 casi di svariate malattie interne, allo scopo di dedurre, dai rapporti ponderali, macroscopici e microscopici delle varie ghiandole endocrine, la natura e l'ambito delle rispettive correlazioni funzionali.

Le considerazioni conclusive sono le seguenti:

Per tutte le varie ghiandole esaminate e più spiccatamente per l'ipofisi, per la tiroide, per la surrenale, il grado macroscopico del loro sviluppo, cioè il volume ed il peso, non rappresenta un indice esatto del grado di attività funzionale, corrispondente a quello che si può rilevare dal loro esame istologico. Questo fatto già constatato da precedenti ricercatori, ha notevole importanza in quanto mette l'anatomo-patologo in guardia, all'atto della sezione, contro apprezzamenti che possono essere erronei.

Circa le ghiandole che fanno parte del cosidetto sistema colloideopoietico, (ipofosi, tiroide, paratiroidi) l'A. ha trovato nelle sue osservazioni, come fosse assente tra *ipofisi e tiroide* ogni rapporto ponderale sia concordante che antagonistico, di una certa costanza, quantunque in taluni pochi casi a peso abnormemente alto della prima corrispondesse peso spiccatamente basso della seconda.

Istologicamente invece le due ghiandole appaiono con grande frequenza in condizioni antagonistiche, in quanto trovandosi nell'una imagini proprie di una attiva funzionalità l'altra mostra aspetto nettamente contrario e viceversa. Tale constatazione dimostra la possibilità di un'azione compensativa tra le due ghiandole, indipendente fino a un certo punto dall'età, essendo taluni dei reperti relativi a persone che avevano oltrepassato i cinquant'anni. Non ostante che si fossero esclusi dal materiale di ricerca

i casi di morte per processi infettivi acutissimi, pure in taluno di cui per il grado di importanza non si tralasciò lo studio, nonostante la presenza di qualche modico e non esteso processo infettivo, l'antagonismo tiro-ipofisario si è mantenuto ben chiaro lo stesso: non è dunque fuor di luogo supporre che, entro determinati confini almeno, questo rapporto non venga gran che alterato da malattie intercorrenti a decorso acuto: ciò che sembra importante, perchè contribuisce a dar maggior valore al materiale cadaverico per siffatto genere di ricerche istologiche.

Si può constatare inoltre che varia, talvolta spiccatamente, il grado di attività vicariante; ciò sta probabilmente in relazione (almeno in parte) con condizioni puramente individuali, che permettono ad una delle due ghiandole di esplicarlo solo in un determinato grado. Analogamente si sa, come anche negli altri parenchimi sia pure soggetta a variazioni individuali, la capacità nella rigenerazione o nelle ipertrofie compensative.

Non si sono potuti dedurre, dall'esame dei casi attuali, dei rapporti sufficientemente chiari tra le condizioni dell'ipofisi e la quantità ed i caratteri istochimici della colloide, e quindi la quantità di iodio nelle varie tiroidi contenuto. Non vi è dubbio, nonostante che *Garnier* ed altri AA. parlino di una vera secrezione interna non conosciuta che sfuggirebbe per il polo vascolare della cellula tiroidea, che la quantità di iodio che attraverso la tiroide viene passata in circolo, ha un'importanza principalissima nel determinare il valore funzionale endocrine della ghiandola: l'A. ha in corso delle ricerche istituite appunto a stabilire per via chimica il contenuto in iodio della tiroide umana comparativamente all'attività funzionale dell'ipofisi istologicamente controllata, nelle varie età della vita, in varie condizioni morbose, in casi di alterata funzionalità di alcune ghiandole endocrine ecc.

L'attività compensativa che l'A. ebbe campo di verificare nell'ipofisi durante le sue ricerche era sempre caratterizzata dall'aumento di numero delle cellule eosinofile, ed anche da una certa ricchezza di protoplasma, entro cui si notavano vacuoli e grosse granulazioni e tendenza alla formazione di colloide, fatti tutti che l'A. giudicò come esponente di uno stato progressivo della nutrizione. Più raramente si videro aumentate le cianofile.

Concordemente con talune delle ricerche sperimentali, si è ritrovato con discreta frequenza un certo parallelismo tra lo stato istologico di attività funzionale delle paratiroidi e quello della tiroide. Il numero piuttosto scarso dei casi studiati e il non verificarsi della concordanza nelle stesse attuali osservazioni in modo costante, impongono però in proposito la massima riserva.

Manca (ciò che è pure delle osservazioni sperimentali) nelle attuali osservazioni ogni carattere di nettezza nei rapporti tra ipofisi e paratiroidi.

Spesso però, a debole o accentuata attività delle paratiroidi, si sono viste corrispondere imagini di attiva o di scarsa funzionalità tiroidea.

Rispetto ai rapporti del pancreas sia colle ghiandole del sistema colloideo-poietico, sia con le surrenali, i risulati sono scarsi. Si constata in generale, che tranne i rarissimi casi di distruzione quasi completa del pancreas (infiltrazione grassosa) o di atrofie accentuate, l'organo sia nell'apparato acinoso, sia nell'apparato insulare, non mostra da caso a caso modificazioni istologiche accentuate e questo può spiegare in parte la infruttuosità delle attuali ricerche. Considerando più partitamente i legami tra il pancreas e le altre ghiandole, non vi sono rapporti costanti nè coincidenti, nè antagonistici, nè ponderali nè istologici tra pancreas e tiroide e tra pancreas e paratiroidi; lo stesso in complesso si può affermare del pancreas e dell'ipofisi. In talune osservazioni, in cui tanto il pancreas quanto le surrenali si discostano dalle cifre ponderali medie, è possibile vedere un antagonismo di peso molto spiccato: ma quasi nessun valore ha tale considerazione, quando si pensi che nulla di particolare è in questi casi possibile rilevare, nel confronto istologico tra il pancreas (considerato sia in toto sia nella sua parte insulare) e la zona cromaffine.

Per quanto riguarda i rapporti delle surrenali con le altre ghiandole a secrezione interna, istologicamente si è trovata una corrispondenza frequentissima tra lo stato di attività della tiroide, quello della sostanza midollare e (meno frequente e meno spiccato) quello della zona corticale. Taluni casi sembrano fare eccezione a questo rapporto che si presenta con caratteri abbastanza netti e costanti.

Con una relativa frequenza pure vi sono indici di antagonismo funzionale tra paragangli ed ipofisi. Nulla invece di rimarchevole si è osservato in proposito tra ipofisi e zona corticale della surrenale, tra surrenali e paratiroidi.

Le ghiandole sessuali circa le condizioni loro reciproche con gli altri membri del sistema endrocrine, non hanno lasciato scorgere nessuna imagine di qualche valore.

Nelle attuali osservazioni più volte si sono trovati in istato di sclerosi vari membri del sistema ghiandolare; essa era relativamente frequente; il massimo di frequenza ed intensità si trovava nelle ovaie e nei paragangli; con minore frequenza e accentuazione nella zona corticale delle surrenali; l'ipofisi invece era più leggermente e raramente colpita. Dalla sclerosi in generale apparivano prese più ghiandole in una volta, ma quasi mai tutto il sistema ad un tempo; mancava poi del tutto ogni coincidenza di una qualche fissità per rispetto a questo processo tra le ghiandole colpite.

I risultati attuali sono molto spesso analoghi a quelli dati dall'esperimento: essi indicano infatti concordemente rapporti diretti fra paratiroidi e pancreas, ghiandole genitali e tiroidi, paratiroidi e surrenali, surrenali

e paratiroidi; concordi invece affermano rapporti antagonistici, vicarianti, tra tiroide ed ipofisi.

Ma a volte vi sono tra loro delle discrepanze: sia perchè nelle osservazioni dell'A. non si rendono evidenti dei legami già provati sperimentalmente, sia perchè succede alle volte anzi il fatto opposto. È indubbio ad esempio che tra la sostanza cromaffine e pancreas esiste un freno reciproco, e che pancreas e tiroide, genitali ed ipofisi sono antagonistici: le imagini istologiche dei vari organi nei casi dell'A. non lasciano invece cogliere tali rapporti.

L'esperimento ha lasciato molte incertezze sui rapporti tra tiroidi e paratiroidi; netto parallelismo invece vi sarebbe tra tali ghiandole nelle osservazioni dell'A. Non del tutto certi e concordanti sono i dati che l'esperimento ci fornisce sul comportamento reciproco della surrenale e dell'ipofisi: l'A. invece ha trovato frequentemente antagonismo fra loro all'esame istologico; diversità vi sono nei risultati dei varii Aa. circa i rapporti tra paragangli e tiroidi, mentre nelle osservazioni attuali queste ghiandole mostrerebbero uno spiccato parallelismo.

Non si deve dimenticare tuttavia che i dati istologici possono essere insufficienti a colpire sia delle compensazioni, che degli scompensi funzionali che, intra vitam, l'esame clinico può invece, eventualmente, esser in grado di rivelare.

Spetta per ciò ad ulteriori ricerche, condotte con le modalità stesse indicate dall'A., fatte con maggior copia di materiale, illustrate da esatte storie cliniche e da susseguenti indagini istologiche, il confermare i risultati attualmente esposti.

LEVI BIANCHINI

60. L. DE LISI. — *Sulla degenerazione lenticolare progressiva (malattia del Wilson).* — Rivista di patalogia nervosa e mentale, fasc. 10, 1914.

La degenerazione lenticolare progressiva, descritta appena due anni or sono da *S. A. Kinnier Wilson*, ha già conquistato un definitivo diritto di cittadinanza, come entità clinica, in neuropatologia; ed ha suscitato, intorno a sè, col vivo interessamento degli studiosi, la speranza di veder illuminata, da una nuova fonte anatomo-clinica, l'oscura fisiologia del corpo striato.

Finora non era pubblicata alcuna osservazione italiana e mancava un riassunto delle nozioni più recenti, riguardanti la malattia del *Wilson* e la pseudosclerosi di *Westphal-Strümpell;* così vicina per sintomi e per anatomia patologica alla precedente; che non è azzardato preconizzare, col sussidio di ulteriori contributi clinici e anatomici, una futura, eventuale fusione delle due forme citate.

La bella monografia dell'A. colma la lacuna che egli stesso più sopra deplora, arrecando il contributo di un caso personale, molto netto, di malattia del *Wilson*, preceduto da un largo sunto dei casi già noti del *Wilson* stesso, di *Ormerod*, di *Homèn*, di *Westphal*, di *Strümpell* di *Lhermitte* ecc.

La degenerazione lenticolare progressiva è una malattia del sistema motore extrapiramidale, è famigliare, ma non sembra finora ereditaria, apparisce in età giovanile (fra i 10-26 anni): ha decorso acuto (4-6 mesi), subacuto (1-2 anni), cronico (3-5 e più anni): è mortale.

Sintomi principali sono: tremore delle estremità e perfino del capo e del tronco, regolare, ritmico; che cresce nella esecuzione dei movimenti volontari e con l'emozione, cessa per il completo rilasciamento e delle membra.

Ipertonia delle membra e del volto: a volte riso spastico. Contratture, specialmente negli ultimi stadi: queste costituiscono una caratteristica fondamentale.

Disfagia e disartria (fino a totale anartria) dipendenti da rigidità della corrispondente muscolatura. Debolezza muscolare senza alcun segno di paralisi, dimagramento. I riflessi tendinei sono al massimo vivaci, i cutanei normali, il Babinski assente.

I sintomi psichici possono mancare: quando esistono sono leggeri e variabili nella intensità; più comune fra tutti è la esagerata emotività. In taluni ammalati esistono un certo torpore psichico, un leggero abbassamento della memoria, un certo restringimento dell'orizzonte psichico, ma nessun disturbo nell'associazione e nel contenuto delle idee, sicchè questi malati non sono dementi nel comune senso della parola. Negli stadi avanzati possono essere un pò eccitati, gai ed euforici.

Da parte degli altri apparecchi organici vi sono pochi sintomi: generalmente solo nausea, inappetenza, rari vomiti. Nonostante l'esistenza della cirrosi epatica, sogliono mancarne in vita tutti i segni clinici. Solo in un paio di casi noti figura nei precedenti personali l'ittero.

La lesione anatomica fondamentale è la degenerazione bilaterale simmetrica del *putamen* e, in grado minore, del *globus pallidus*.

L'alterazione va dal semplice scoloramento alla presenza di lacune e perfino alla scomparsa del *putamen*. Il caudato può essere retratto, mai però leso come il lenticolare. Il talamo non è colpito. La capsula interna è illesa, l'esterna è qualche volta degenerata. Il processo fondamentale consiste in una proliferazione di nevroglia che successivamente degenera: in una conseguente scomparsa di cellule e di fibre nervose. Le arterie non presentano gravi modificazioni; al massimo sono assottigliate. La degenerazione del tessuto del lenticolare non è mai dovuta a stenosi o a obliterazione dei vasi.

La corteccia non è in preda a processi patologici notevoli; manca l'infiltrazione parvicellulare perivasale. A carico della meningi molli si è trovato raramente qualche chiazza di ispessimento.

Il *Wilson* ha posto in evidenza, come conseguenza della distruzione del lenticolare, una parziale degenerazione dell'ansa lenticolare, una relativa atrofia del corpo di *Luys*, parziale degenerazione del fascio di *Forel*, delle fibre strio-luysiane, delle strio-talamiche.

Elemento fondamentale della malattia è la presenza di una cirrosi del fegato con particolari caratteri. L'organo, generalmente rimpiccolito, presenta sulla superficie esterna e su quella di sezione nodi di varia grandezza. Il tipo della cirrosi è misto, ma principalmente multitobulare; alcune porzioni del tessuto epatico sono conservate, altre degenerate; in altri territorii si svolgono processi di attiva rigenerazione. In alcuni casi v'è tumore di milza, ma non si sono trovate ancora alterazioni speciali al-l'infuori di quelle comuni croniche.

Delle ghiandole endocrine, soltanto la tiroide ha presentato alla osservazione del *Wilson* alterazioni regressive e progressive.

Pel *Wilson* la malattia non dipende da un difette congenito o abiotrofico, ma da una causa tossica di natura sconosciuta, probabilmente di origine epatica.

In base a tutti i fatti egli esclude che si tratti di una tossina sifilitica: tuttavia *Homén* ammette la sifilide nei primi tre casi da lui studiati. L'eventuale tossico possiederebbe un'azione specifica sul nucleo lenticolare.

La pseudosclerosi di Westphal Strümpell. Il prospetto delle attuali cognizioni sulla degenerazione lenticolare progressiva sarebbe incompleto, se non si accennasse ai rapporti che passano tra questa malattia e la pseudosclerosi di *Westphal-Strümpell*, già fuse, per alcuni, ad es. per il *Bostroem*, in una sola.

Anche la pseudosclerosi *di Westphal-Strümpell*, nei casi finora studiati, presenta lesioni nevrogliche e ganglionari prevalenti nel corpo striato; la stessa diffusione del processo in questo: la diminuzione d'intensità del processo stesso nella corteccia, la mancanza di fenomeni infiammatori cerebrali, la comparsa di forme patologiche di nevroglia.

Anche la sintomatologia clinica presenta molti elementi fondamental comuni: come età precoce di comparsa, vacillamento del tronco e degli arti, tremore, rigidità muscolare, rallentamento e scandimento della parola, accessi epilettiformi e apoplettiformi: pigmentazione (non costante) della periferia corneale e della pelle: impiccolimento (o più di rado ampliamento) dei confini del fegato e tumore di milza: assenza di paralisi e di disturbi dei riflessi.

Dal lato del psichismo si osservano sopratutto una progressiva demenza, cambiamento del carattere, con tendenza agli stati di eccitamento e agli atti violenti.

Tali caratteri clinici e anatomici della pseudosclerosi sono dunque molto simili a quelli della degenerazione lenticolare: una diagnosi differenziale può, per quanto relativamente, stabilirsi in base ai seguenti criteri:

Un'alterazione più profonda della psiche, fondata sugli elementi anzidetti (indementimento, cambiamento di carattere ecc.), specialmente se precoce, appoggia la diagnosi di pseudosclerosi, mentre una conservazione più lunga, uno scompiglio meno profondo delle facoltà psichiche appoggiano quella di degenerazione lenticolare.

La comparsa precoce e la ripetizione di accessi epilettiformi ed apoplettiformi depone per la pseudosclerosi.

Il tremore della pseudosclerosi è a grandi escursioni e colpisce interi segmenti del corpo, mentre il tremore della malattia del *Wilson* è più minuto e coglie prevalentemente le estremità. Il tremore è il fenomeno predominante della pseudosclerosi, mentre quello predominante della malattia del *Wilson* è la rigidità diffusa.

La pigmentazione è stata finora constatata soltanto negli ammalati di pseudosclerosi.

Ma questi criteri non sono per nulla assoluti: così in un caso di *Schütte,* in cui il quadro clinico assomigliava piuttosto a quello della degenerazione lenticolare, il reperto anatomico si dimostrò più prossimo a quello della pseudosclerosi.

Il caso descritto dall'A. oltre a manifestarsi con tutte le alterazioni caratteristiche della degenerazione lenticolare presentò, per di più, dei fatti nuovi clinici e anatomici: fra i primi esistevano dei movimenti coreiformi, atetoidi, tremore linguale: fra i secondi, la degenerazione di tutto intero il corpo striato e, l'integrità dei fasci cortico-bulbo-midollari, l'aumento di elementi nevroglici e satelliti nel nucleo dentato e nel nucleo rosso: e, fatto un pò sorprendente, il forte ispessimento della leptomeninge sulla volta del cervello.

Dopo un'accurata diagnosi differenziale con varie forme morbose, quali la *paralisis agitans*, la *dystonia muscolorum deformans di Oppenheim*, *la leptomeningite cronica*, *l'atetosi doppia*, *l'état marbré* del corpo striato osservato da *Oppenheim*, *Vogt*, *Freund* (sindrome del corpo striato) e dopo aver ammesso che gli attuali studi ci possono aprire una nuova via di conoscenze positive sulla fisiologia ancora così incerta di questo ganglio cerebrale, l'A. conclude:

« Alla degenerazione del corpo striato, quasi interamente pura, cioè poco complicata da lesioni croniche di altre parti dell'encefalo e del midollo, corrisponde una sindrome, la quale riproduce in gran parte quella del *Wilson* (tremore, ipertonia, contratture, disartria fino ad anartria, disfagia) ma comprende anche sintomi appartenenti finora ad altre sindromi del

corpo striato, come movimenti coreiformi ed atetoidi, ed un fenomeno singolare (probabilmente esagerazione estrema di condizioni esistenti anche nella malattia del *Wilson*) cioè il tremore ritmico della lingua. L'assenza di disturbi sensitivi, di alterazioni dei riflessi, di paralisi, e, in particolare, di fenomeni piramidali, rende più netta e certa questa sindrome del corpo striato. »

LEVI BIANCHINI

LIBRI ED ESTRATTI RICEVUTI IN DONO

Belli — Costruzione degli Ospedali e stabilimenti affini — Hoepli, Milano 1913.

— Ordinamento dei servizii negli Ospedali ed Istituzioni affini — id. 1914.

Masini e Vidoni — L'assistenza e la terapia degli ammalati di mente — id. 1914.

Meltzer — Leitfaden der Schwachsinnigen und Blödenpflege — Marhold, Halle a S. 1914. Mk. 1,40.

Mönkemöller — Narren und Toren in Satire, Sprichwort und Humor — id. 1912. Mk. 4. 2e Aufl.

Aronsohn — Der psychologische Ursprung des Stottern — id. 1914.

C. G. Jung — Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie — F. Deuticke, Leipzig 1913.

Masini — Epilessia e delitto — E. Olivieri e C. Genova. 1914.

Darchini — Didattica del linguaggio — Libreria Editrice Milanese — Milano 1914.

Pappenheim — Tecnica dell'esame clinico del sangue — Rosemberger e Sellier — Torino, 1914.

Leadbeater — Manuale di Teosofia — Società Teosofica Italiana — Genova, 1914.

Fumarola — Tumori dell'angolo ponto-cerebellare — Pallotta, Roma, 1914.

Stransky — Lehrbuch der allgemeinen uud speziellen Psychiatrie. I. Allgem. Teil — F. C. W. Vogel-Leipzig, 1914. Mk. 8.

Règis et Hesnard — La Psychoanalyse des névroses et des psychoses — F. Alcan, Paris, 1914. Fcs. 3,50.

Ch. Blondel — La Psycho-physiologie de Gall: ses idées directrices — id. 1914, fcs. 2,50.

M. Boigey — Introduction à la médecine des passions — id. 1914, fcs. 3,50.

O. Lodge — La survivance humaine — id. 1912, fcs. 5.

V. Schrenck-Notzing — Der Kampf um die Materialisationsphaenomäne — E. Reinhardt, München, 1914, Mk. 1,60.

Bertholet — Action de l'alcoolisme chronique sur les organes de l'homme ecc. — Frankfurter, Lausanne, 1913.

— Petit Atlas-Manuel des lésions de l'alcoolisme chronique — O. Doin, Paris, 1913.

— Hérédité et alcoolisme — Giesser & Held, Lausanne, 1914.

— Alcool et tubercolose — Bullettin de la Societé médicale belge de Tempérance, 1914.

Annuaire antialcoolique — 6e année 1914 — Secrétariat antialcoolique suisse, Lausanne.

Zehnter Rechenschaftsbericht des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg — O. Bachmann — Saulgau, 1914.

Nervous and Mental Disease Monograph Series edited by *Smith Ely Jelliffe and W. A. White:* Nervous and Mental Disease Publishing Co. New-York, 1912-1914.

n.° 1. W. A. White — Outliness of Psychiatry, 4th. Ed. 1813.

n.° 4. Freud — Selected Papers on Hysteria and other Psychoneuroses, 2d. Ed. 1912.

n.° 5. Plaut — Wassermann Serum Reaction in Psychiatry.

n.° 7. Freud — Three Contributions to Sexual Theory.

n.° 9. Studies in Psychiatry. By Members of the New-York Psychiatrical Society.

n.° 10. Stephérd Ivory Franz — Methods of mental examination.

n.° 11. Bleuler — The Theory of Schizophrenic Negativism.

n.° 12. André-Thomas — Cerebellar Functions.

n.° 13. Nitsche and Wilmanns — History of the Prison Psychoses.

n.° 14. Kraepelin — General Paresis.

n.° 15 Abraham — Dreams and Myths.

n.° 16. Wickmann — Poliomyelitis.

n.° 17. Hitschmann — Freud's Theories of the Neuroses.

n.° 18. Rank — The Myth of the Birth of the Hero.

Sternberg — Die Uebertreibungen der Abstinenz — C. Kabitzsch Würzburg, 1913. III Aufl. Mk. 2,50.

Maier-Oberholzer — Die nordamerikanische Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung — Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz — C. Marhold, Halle, 1911. Mk. 3,40.

Fraenkel — Unfruchtbarmachung durch Roentgenstrahlen — P. Langenscheidt — Berlin, 1914. Mk. 3.

Rybakow — Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université imperiale de Moscou (in russo) Mosca, 1913. n.° 1.

Cascella — Il R. Manicomio di Aversa nel 1.° centenario della fondazione (5 maggio 1813 — 5 maggio 1913). — Tip. F.lli Noviello, Aversa, 1913.

Rohleder — Die Zeugung beim Menschen — G. Thieme, Leipzig, 1911 Mk. 7.

id. Die Zeugung unter Blutsverwandten — G. Thieme, Leipzig 1913. Mk. 4,20.

Bianchi — Trattato di Psichiatria — 2a Ed. V. Pasquale, Napoli, 1914.

Senise — Il riso, in psicologia, in fisiopatologia e in arte. Parte I. Tipografia dello « Studium » — Napoli, 1914.

FREUD — Ueber den Traum — 2e Aufl. J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1911.

PARODI e VIDONI — Sulla reazione di Abderhalden (metodo della dialisi) — Lo Sperimentale fasc. III-IV, 1914.

REBIZZI — Sulla funzione dei lobi frontali (dal volume pubblicato in omaggio al prof. Agostini) Perugia, 1914.

FRANCESCHI — La Psichiatria dinanzi al delitto — La Clinica n.° 2, 1914.

VIDONI — Per lo studio sui rapporti tra Psichiatria e Ginecologia — Annali del Manicomio di Perugia, fasc. 3-4, 1913.

ZUCCARELLI — Intorno ai risultati dei dibattimenti celebri del 1912 (L'Anomalo, fasc. 3. 1914).

» Produzione scientifica (id. id.).

» Fattura, fattucchieri e delitto (id. fasc. I-II).

» Scuola teorica e pratica di Antropologia criminale id, id.).

» In quanto all'uso di quantità moderate di sostanze alcooliche o alla lotta severa contro l'abuso (Gazzetta medica siciliana n.° 20, 1913).

KOBYLINSKY — Il trattamento morale degli alienati — Liguria medica n.° 2. 1914.

BIANCHI — La personalità del giudicabile nel nuovo codice di procedura penale (Arch. di Antropologia criminale fasc. 3, 1914).

» L'afasia amnesica (Annali di Nevrologia, fasc. 3, 1914).

SENISE — Gall e la Frenologia (Studium n.° 1, 1914).

AVVISO

Concorso al XIII.° Premio Riberi di L. 20,000

La R. Accademia di Medicina di Torino apre il Concorso al **XIII°** **Premio Riberi di lire 20,000** (*meno la tassa di manomorta*) *alle seguenti condizioni:*

a) Possono concorrere tutti i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere pervenuti a quest'Accademia entro i termini stabiliti al comma *d* e tali che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono.

b) Sono ammessi lavori stampati o scritti a macchina in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; se i lavori sono stampati, questi devono essere editi dopo il 1911.

c) I lavori saranno inviati in piego raccomandato in doppio esemplare all'Accademia, della quale rimarranno proprietà. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro scritto questo dovrà essere stampato dall'autore prima che scadano due anni dal conferimento del premio; l'ammontare di questo sarà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare del lavoro stampato.

d) Sono accettati per il concorso i lavori che risultino spediti all'Accademia non oltre il giorno 31 dicembre 1916. In ogni caso, scorsi due mesi da questo termine, il concorso s'intende chiuso, ed i lavori giunti dopo, anche se spediti in tempo utile, non saranno presi in considerazione.

e) Gli autori, nella lettera di invio, accenneranno alle parti o agli argomenti più importanti dei loro scritti od opere che stimano dovere maggiormente fissare l'attenzione dell'Accademia giudicante.

Torino, 1912.

Il Segretario generale
V. Oliva

Il Presidente
B. Graziadei

NOTA

Riceviamo e volentieri pubblichiamo:

Ill.mo Sig. Prof. D. Ventra.

Nella mia relazione peritale « *In causa di furto qualificato, duplice omicidio premeditato, incendio, calunnia* » (Il Manicomio, 1914) è sfuggita una nota che desidero sia segnalata.

« Il Ripamonti fu accolto al Manicomio di Milano in Mombello.

Ogni qual volta io fui a fargli visita, ebbi da quel Direttore, l' illustre prof. Antonini, mio Maestro, ospitalità piena e cordiale. E ne serbo grato ricordo. »

Con ossequio

Dott. Dario Valtorta

Como, 1 Marzo 1915.

Anno XXX N.° 2-3 (Maggio-Dicembre) 1915

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO

LIBERO DOCENTE DI CLINICA PSICHIATRICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

REDATTORE CAPO

M. LEVI BIANCHINI

Conto corrente con la posta

Pubblicazione quadrimestrale

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

A spese della Concessione

1915

(pubblicato il 1.° Ottobre 1915)

“ **IL MANICOMIO „ Archivio di Psichiatria e Scienze affini**, si pubblica in fascicoli quadrimestrali di 160 pagine, e si occupa di tutti gli argomenti di **Psichiatria, Neuropatologia, Psicologia, Scienze dello spirito**.

I lavori originali vengono retribuiti in ragione di lire 30 per foglio di stampa di 16 pagine. Gli autori ricevono in dono 30 estratti con copertina. Gli estratti in più si calcolano a parte.

Abbonamento annuo:	Italia e Colonie	**L.**	**12**
	Estero . . .	**Fr.**	**18**
Un fascicolo separato:	Italia e Colonie	**L.**	**4**
	Estero . . .	**Fr.**	**6**

Per tutto quanto riguarda l' Amministrazione e la Redazione del Giornale, come invio di manoscritti, cambi, estratti, opere da recensionare, rivolgersi alla Redazione: **Prof. M. Levi Bianchini — Nocera Superiore. — (Salerno)**

SOMMARIO DEL N.° 2-3 ANNO XXX — 1915

Lavori originali:

Anno XXX Num. 2-3 (Maggio-Dicembre) 1915

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI
Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.
Direttore: **Prof. Domenico Ventra**
Redazione ed Amministrazione: Prof. M. Levi Bianchini Nocera Sup.re

LAVORI ORIGINALI

MANICOMIO PROVINCIALE DI CATANZARO IN GIRIFALCO
Diretto dal Prof. B. FRISCO

Prof. B. FRISCO
Libero docente di Clinica delle malattie nervose e mentali e Direttore
del Manicomio provinciale di Catanzaro in Girifalco.

Contributo allo studio dell'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie.

(Con le tavole XIX-XXII)

La storia delle atrofie muscolari progressive, non ostante gli studi accurati e le discussioni lunghe e faticose sostenute per tanti anni dai migliori neuropatologi di tutti i paesi, è ancora piena d'incertezze.

Le varie forme e i tipi differenti, che sono stati descritti ed elevati ad entità morbose, dimostrano la difficoltà e l'incerterza di potere avere una sicura e chiara concezione sull'intima essenza del complesso e vario quadro nosografico, a cui nel principio del secolo XVIII già si accennava, quando si diceva che la sostanza carnosa delle estremità, facendosi flaccida e diminuendo di volume, può a poco a poco scomparire « a quella guisa che in al-

cuni tronchi e rami di albero va perdendesi la vitalità fino ad inaridire del tutto, mentre la forma resta conservata e la vita si continua in altri tronchi e rami (Zedler) ».

L'atrofia muscolare progressiva, distinta dal grande gruppo delle paralisi motrici dal Duchenne e descritta dall'Aran come entità morbosa a sè, da alcuni fu considerata come una malattia che si iniziava muscoli, da altri fu considerata come una forma morbosa dipendente da una lesione o del midollo spinale, o delle radici spinali anteriori, o del simpatico, o dei nervi periferici.

In seguito, poi, alle numerose osservazioni che si sono succedute in breve volger di anni, segnatamente della scuola francese (Luys, Vulpian, Duménil, Hayem, Charcot e Joffroy, Ollivier, Grimm, Charcot e Gombault), che misero in evidenza la importanza delle lesioni anatomiche della sostanza grigia del midollo spinale, si venne alla teoria *mielopatica* dello Charcot, secondo la quale l'*atrofia muscolare progressiva* rappresenta la conseguenza di una lesione originaria delle cellule delle corna grigie anteriori del midollo spinale.

E lo Charcot, secondo questa sua interpretazione distingue una forma di atrofia muscolare progressiva *protopatica*, nella quale la lesione s'inizia primitivamente nelle cellule delle corna grigie anteriori, ed una *deuteropatica*, dovuta alle più svariate malattie midollari, nelle quali l'alterazione degenerativa delle cellule della sostanza grigia spinale è consecutiva ad altri processi morbosi localizzati primitivamente al difuori di questo.

Ora, mentre secondo questa teoria ogni atrofia muscolare veniva considerata di origine spinale, il Friedreich veniva affermando il concetto patogenetico di un'altra forma di *miopatia*, che egli considerò come *primitiva*, e nella quale non era dimostrabile alcuna alterazione nervosa, mentre vi si notavano solo le modificazioni regressive proprie della fibra muscolare.

Successivamente venne la moltiplicazione delle sindromi cliniche, le quali si appartenevano all'una ed all'altra classe: nella mielopatica, ad esempio, oltre al tipo classico di Aran-Duchenne (tipo della mano), fu descritto quello che porta il nome di Vulpian (o scapulo-omerale); e nella miopatica, oltre al tipo di Duchenne (paralisi pseudo-ipertrofica o miosclerosica), si distinse quella del Leyden Moebius (identico al precedente senza ipertrofia), quello di Erb (scapulo-omerale o forma giovanile), di Landouzy-Dejerine (facioscapulo-omerale), e poi ancora altri di Zim-

merlin, di Eichhorst, di Brossart ecc. Tali divisioni e suddivisioni, fatte principalmente dal punto di vista anatomo-clinico, a seconda l'inizio della principale manifestazione clinica, l'*atrofia*, e la sua distribuzione, e i fenomeni concomitanti (pseudo-ipertrofia, contrazioni fibrillari, carattere familiare ecc.), aumentarono ancora più quando vennero pubblicati nuovi casi, considerati come forme frustre e di passaggio tra un tipo e l'altro; sicchè l'Erb stesso, dimostrando l'artificiosità delle varie forme col porne in luce i caratteri comuni, ricostituisce l'unità nosologica delle miopatie, che comprensivamente chiama « *distrofia muscolare progressiva* ».

Si stabilisce così una dottrina dualistica, che delle atrofie muscolari distingne quelle dipendenti da un processo primitivo che ne interessa le fibre, e quelle in rapporto con una lesione del centro trofico, che ha sede nelle grosse cellule gangliari delle corna anteriori.

Mentre si moltiplicavano, però, i vari tipi clinici delle atrofie muscolari progressive, fu notato che essi solo eccezionalmente si presentano puri; mentre d'ordinario si osservano dei tipi misti, ossia delle forme di passaggio, che uniscono gli uni agli altri, tanto dal punto di vista sintomatico, che da quello anatomico ed etiologico.

In effetti, diversi sintomi e lesioni anatomiche, ritenuti patognomonici di quei singoli tipi, si sono trovati in infermi nei quali prevalgono i sintomi di altri e viceversa; ciò si è riscontrato anche in individui appartenenti ad una stessa famiglia. Questo fatto risulta da numerose pubblicazioni e segnatamente, per quanto concerne le lesioni anatomiche, dalle ricerche del Friedreich e di altri e da quelle recentissime di Sainton, e, per quanto riguarda la sindrome clinica, dall'accurato studio del D'Abundo, da quello del Raymond e di altri.

Alcuni dei casi studiati dal D'Abundo non possono attribuirsi a nessuno dei tipi di distrofie descritti dagli autori. Un caso, ad esempio, che dovrebbe essere classificato fra quelli del tipo Aran-Duchenne per la sua evoluzione, riguarda un soggetto giovane, e mancano la reazione degenerativa e i movimenti fibrillari. In altri casi di amiotrofie del tipo Leyden-Moebius manca la ereditarietà familiare, ed in altre distrofie del tipo Charcot-Marie manca la reazione degenerativa.

Per conseguenza fu facile notare che, per quanto si moltiplichino i tipi divisi, ed i sotto-tipi, accorrono sempre dei casi, che non rientrano in quelli, e per i quali sarebbe necessario crearne sempre dei nuovi.

E così, dopo che, con tante divisioni e suddivisioni, era parso che in questo capitolo di neuropatologia si fosse messo l'ordine, gli ulteriori studii venivano a dimostrare l'insufficienza dei criteri (clinici ed anatomici) sui quali quelle si erano fondate.

Le numerose osservazioni pubblicate dimostrano come i fenomeni clinici non ci offrano argomento per differenziare nettamente le tre grandi forme di amiotrofia progressiva fra di loro, e se, più frequentemente, un sintomo si manifesta in una di esse, il suo presentarsi in un'altra ci indica come esso non sia legato alla natura essenziale e particolare della malattia: sono tanti e tali i legami che uniscono queste forme che realmente è lecito domandarsi con quale criterio clinico noi possiamo separarle fra di loro in modo netto e sicuro.

Ma se il manifestarsi dei fenomeni durante la vita può concorrere a dimostrare le affinità strettissime delle amiotrofie progressive, per la natura e per la patogenesi della malattia assumono speciale importanza i dati dell' anatomia patologica sui quali in realtà è solo lecito fondarsi.

Or l'esame istologico del muscolo non offre nessun reperto patognomonico, nessuna differenza costante fra la forma miopatica e la mielopatica, come, d'altra parte, non ne offre nemmeno il criterio fondamentale sul quale si basa la divisione classica fra queste due forme, cioè l' integrità del sistema nervoso nelle distrofie, e la sistematica degenerazione del corno anteriore nell'atrofia muscolare progressiva mielopatica, e buon numero di osservazioni tende a distruggerlo o a togliergli gran parte del suo valore.

Come sono stati registrati numerosi casi di distrofia muscolare, nei quali l'esame istologico dimostrò la presenza di lesioni più o meno profonde del midollo, così all'opposto ne sono stati registrati molti altri, che clinicamente si presentavano come casi di atrofia muscolare progressiva mielopatica, mentre anatomicamente presentarono assoluta integrità del sistema nervoso cen-

trale. Cosi le barriere poste dai nosografi venivano a cadere oltre che dal punto di vista clinico, anche da quello anatomico e quindi patogenetico.

Per tali ragioni l'Erb, confermando l'ipotesi già precedentemente emessa da Knoll, da Möbius, da Liebermeister e da Roon, tende ad avvicinare le due classi di atrofia. E, considerando la distrofia m. p., come non riesce a trovare differenza alcuna nel modo di manifestarsi di essa nel caso in cui il midollo presenta evidenti lesioni degenerative delle corna anteriori, ammette che i casi, nei quali, col più accurato esame dei centri nervosi, dei nervi periferici e delle placche motrici non fu possibile dimostrare l'esistenza di nessuna alterazione, siano dovuti tuttavia ad una lesione *funzionale* delle cellule motrici del corno anteriore non visibile coi nostri comuni mezzi di indagine.

L'ipotesi dell' Erb, non ostante le obbiezioni di Pick, Marinesco e Roth, i quali sostengono che la distrofia m. p., va considerata come malattia midollare miopatica primitiva, e le lesioni riscontrate nel midollo in questi casi sono considerate come analoghe a quelle che si trovano negli amputati, per mancanza degli stimoli normali che partono dal muscolo, fu quasi interamente sostenuta dallo Stümpell. Questi ammette che una lesione funzionale della cellula del corno anteriore possa determinare una alterazione del muscolo, la quale è già evidente quando non si può notare ancora una visibile alterazione della cellula stessa, così come una causa, la quale agisca impedendo la libera funzione delle radici di un albero, può essere resa evidente da una alterazione dei rami più alti, quando le radici appaiono ancora sane. E, come sotto l' influenza della stessa causa l' alterazione presentata dalla pianta va a mano a mano progredendo dalla periferia fino a rendersi evidente nelle radici, egli, basandosi su alcuni casi favorevoli venuti al tavolo anatomico, crede che in realtà abbiano ragione coloro i quali sostengono che le lesioni riscontrate nel midollo, nelle amiotrofie progressive, siano sempre sorte secondariamente, cioè, in un periodo ulteriore a quello dei muscoli.

In ogni modo, qualunque sia il decorso delle lesioni, sia che vadano, cioè, dalla periferie al centro, sia che procedano in senso inverso, sia che le alterazioni trovate nei vari segmenti siano sviluppate indipendentemente per quanto tutte siano la conseguenza di un solo stato morboso, è certo che se i dati clinici

non ci permettono di stabilire alcun dato differenziale fra queste due classi di amiotrofie, il reperto anatomico tende ancora ad avvicinarle, a distruggere i limiti netti, che si erano posti fra di loro.

La stessa affinità, contrariamente alle vedute di Charcot, il Leyden cercò di stabilire anche per la *sclerosi laterale amiotrofica*, poichè negò che si tratti di una sclerosi primitiva dei cordoni laterali con affezione deuteropatica dei nuclei motori, e ammise che il processo degenerativo comprendesse « *tutte le vie motorie propagandosi dall'apparato terminale nel muscolo ai nervi motori, sino alle rispettive vie di trasmissione ed ai centri trofici spinali* ».

Più recentemente, poi, ha soggiunto, che se si tengono presenti tutte le particolarità rilevate dagli osservatori nella sintomatologia della *sclerosi laterale amiotrofica* di fronte a quelle della *paralisi bulbare progressiva* e dell' *atrofia muscolare progressiva*, non si trova quasi altra differenza che il *decorso più rapido* e la *accentuazione* dei riflessi tendinei, talvolta accompagnata dalla rigidità della musculatura. E conclude che la *sclerosi laterale amiotrofica* « è una forma subacuta dell'atrofia muscolare progressiva spinale e della paralisi bulbare progressiva ».

Le vedute del Leyden vennero, poi, confermate dal Kahler e dal Pick, i quali considerarono questi tre tipi morbosi come sindromi fenomeniche dell' istesso processo anatomico, dipendenti dalla eventuale diffusione e localizzazione di esso, non che dalla rapidità dello sviluppo e del decorso; e avevano messo in luce le numerose forme di passaggio dalle une alle altre.

Venuta in onore la teoria del *neurone*, in base alla quale si rinnovò lo studio di tante neuropatie, si è potuto stabilire che la sclerosi laterale amiotrofica (Leyden e Goldscheider) è un' affezione dei due neuroni motori, del diretto o spino-muscolare e dell'indiretto o cortico-spinale; che l' atrofia muscolare progressivo (Raymond) non racchiude specie morbose distinte, ma semplicemente tipi o modalità, che, guardati nelle forme pure, differiscono solo tra loro quanto ad etiologia e ad espressione clinica. Tutti questi tipi si fondono gli uni negli altri ed hanno tutti per substrato una degenerazione primitiva, cronica e progressiva del solo proto-neurone motore e del suo annesso, la fibra muscolare.

Con l' applicazione della teoria del neurone, osservava il Giuffrè sin dal 1895-96, s'intendono molto meglio che senza di

essa i rapporti che passano, tra tutte queste forme morbose e quelle di passaggio tra le une e le altre e le tante differenze, che ci offre lo studio dei tipi clinici propriamente detti.

Lo Strümpell, con un concetto molto più ampio e più profondo, seppe abbracciare tutte le forme di amiotrofia progressiva. Egli seppe tener conto del confondersi dei caratteri clinici ed anatomici per una serie graduale di casi di passaggio e, considerando che tutti si presentano con caratteri tali che mai si riscontrano in seguito alle cause che, generalmente, hanno un' azione morbigena sul sistema neuro-muscolare, ma bensì hanno di comune il frequente carattere familiare, sostiene che tutte siano la conseguenza di una distrofia congenita delle vie motrici, ed unisce nello stesso concetto la sclerosi laterale amiotrofica, che egli considera con gli stessi criteri delle altre due forme, nel senso che solo la estensione di uno stesso processo ne forma fino ad un certo punto un segno differenziale.

Stabilito il concetto che i vari tipi di atrofia muscolare finora descritti hanno una parentela nosografica strettissima e non sono altro che varietà o stadi differenti di un'unica forma morbosa sempre uguale nella sua ultima evoluzione clinica ed anatomopatologica, se la morte non interviene anzitempo accidentalmente o per precoci complicanze, e che hanno sempre per substrato una degenerazione primitiva cronica e progressiva del solo protoneurone motore e del suo annesso la fibra muscolare, parrebbe che i casi clinici dovrebbero sempre e costantemente riprodurre nella sintomatologia la teoria innanzi esposta.

Ciò veramente non avviene, poichè fra i casi netti, classici, molto rari, nei quali le lesioni anatomicamente dimostrabili sono esattamente limitate, esiste tutta una serie di casi di passaggio che ci dimostra la loro affinità. Fra questi va compresa la varietà di atrofia muscolare che prese il nome di Charcot-Marie e che dagli Inglesi fu detta « peroneale », e dai Tedeschi « neurale ».

Questa forma di atrofia in principio venne considerata come di transizione tra la distrofia muscolare e l'atrofia muscolare progressiva spinale, nel senso che venne data grande importanza alle lesioni riscontrate nei nervi periferici, tanto che essa fu descritta sotto il nome di *atrofia muscolare neurale o neurotica* da Hoff-

mann e da Vizioli; mentre, d'altra parte, i sintomi clinici ed il reperto anatomo-patologico misero in evidenza, oltre l'alterazione dei nervi motori, quelle dei nervi sensitivi, dei cordoni di Goll, profonda degenerazione dei cordoni e delle corna posteriori e di quelle che si riscontrano nella tabe dorsale.

In base ai reperti sopra menzionati questa forma di atrofia muscolare, nella quale la lesione non comprende il solo neurone motore, fu considerata come « *una forma ibrida che appartiene alla tabe ed alle amiotrofie con lesioni spinali* » e non come una forma sistematica che colpisce un solo sistema.

I casi che qui appresso riferiamo, studiati senza preconcetti, crediamo confermino pienamente la ipotesi del Marinesco e del Raymond, che, cioè, l'atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie, sia veramente una forma ibrida che, mentre presenta i caratteri delle amiotrofie con lesioni spinali, appartiene alla tabe e non debba considerarsi come una forma sistematica, che colpisce un solo sistema.

Osservazione I.

Gam. Calogero, di Calogero, di anni 34 da Torretta (Palermo), celibe, contadino — Fu ammesso nel Manicomio di Palermo il 10 giugno 1900.

Anamnesi familiare. — Il nonno materno e la madre furono *alcoolisti;* un fratello dell'infermo viene contemporaneamente ammesso nel Manicomio perchè affetto della stessa malattia; una sorella è affetta di frenastenia ed epilessia.

Anamnesi individuale. — L'infermo nella prima età e nella fanciullezza non soffrì malattia alcuna; si espose, però, continuamente a cause reumatizzanti.

All'età di 12 anni circa, recandosi a piedi in campagna, durante la deambulazione, cominciò ad avvertire una certa difficoltà, come se i suoi arti fossero diventati più pesanti, specialmente nel momento in cui doveva sollevare i piedi dal suolo. Questo senso di pesantezza si associava ad un lieve *insoverimento* dei piedi e del terzo inferiore delle gambe, per cui l'infermo, quando camminava, si stancava facilmente e non poteva restare lungamente nella stazione eretta.

In tali condizioni, e proprio all'inizio della malattia, fu ricoverato nel Manicomio, contemporaneamente al fratello, nel giugno del 1900, e da allora sino al gennaio del 1914 potemmo seguire tutta l'evoluzione della malattia di cui entrambi erano affetti; poichè restarono sempre degenti nella sezione che, per 16 anni consecutivi, dirigemmo nel Manicomio di Palermo.

Durante questo lungo periodo, i disturbi della motilità degli arti inferiori andarono progressivamente aumentando di intensità, per cui l'infermo preferiva la degenza permanente a letto alla deambulazione. Contemporaneamente all'aumento della deficienza muscolare ed alla difficoltà dei movimenti volontari, negli arti inferiori si cominciò a notare una progressiva diminuzione di volume delle masse muscolari delle gambe e precisamente dei muscoli peronei, dell' estensore comune dalle dita e della piccola musculatura propria dei piedi. Noi, che fin dall'inizio della comparsa di questo nuovo sintomo, potemmo seguirne la evoluzione successiva, notammo che non solo la deambulazione, ma anche la stazione eretta si rese gradatamente impossibile, mentre, d'altra parte, i piedi andavano assumendo uno speciale atteggiamento varo-equino.

L'assottigliamento delle masse muscolari si presentava maggiormente progredito nelle parti più appendicolari degli arti inferiori e, gradatamente, dalla regione peroneale si estese anche ai muscoli dei polpacci.

Qualche volta, durante questo periodo, l' infermo ebbe ad accusare dei crampi nei muscoli delle sure.

Il dimagramento delle masse muscolari, intanto, si era esteso anche al terzo inferiore dei muscoli delle coscie in un modo decisamente marcato come si può vedere della figura (1.°).

Erano trascorsi già due anni dall' inizio della malattia e l' infermo, stando sempre degente a letto, cominciò ad avvertire indebolimento della forza muscolare anche negli arti superiori; indebolimento caratterizzato specialmente da senso di pesantezza in tutti i vari movimenti, ma che, progressivamente, poi, si è associato a dimagramento delle masse muscolari delle mani, da dove si estese successivamente anche agli avambracci.

Mai, durante questo periodo, l' infermo presentò disturbi degli sfinteri, ma solo un lieve grado di stipsi intestinale.

STATO ATTUALE

Esame antropologico:

Costituzione fisica	Buona
Sviluppo scheletrico	Regolare
» muscolare	Idem
» adiposo	Scarso
Stato della nutrizione	Scaduto
Peso del corpo	Kgr. 65
Statura	m. 1,72
Ampiezza delle braccia	m. 1,80

Cranio:

Diametro antero-post- mass.	mm. 188
» trasverso mass.	» 152
Indice cefalico	gr. 80,9
Curva longitudinale mediana	mm. 300
» trasversale	» 300
Circonferenza totale orizzontale	» 550
Semicurva anteriore	» 300
» posteriore	» 260
Somma delle tre curve	» 1150
Semicurva laterale destra	mm. 295
» » sinistra	» 265
Tipo del cranio	*Subbrachicefalo.*

Faccia:

Altezza della fronte	mm. 40
Diametro frontate minimo	» 70
Altezza della faccia	» 120
Diametro bizigomatico	» 120
» bigoniaco	» 90
Angolo facciale	gr. 75

Caratteri antropologici degenerativi:

Nel cranio. — Le due metà laterali del cranio sono asimmetriche poichè tutta la metà destra è più sviluppata della corrispondente metà di sinistra.

Nella faccia. — È leggermente asimmetrica per un maggiore sviluppo della metà destra del mascellare inferiore.

Negli occhi. — Le cavità orbitali sono ampie.

Negli orecchi. — Il padiglione dell' orecchio sinistro si trova impiantato ad un livello più basso del destro, e tutti e due i padiglioni sono conformati ad ansa.

Nel naso. — Il naso si presenta largo in tutta la sua estensione, segnatamente nella metà inferiore.

Nella bocca. — Nella bocca i denti incisivi non sono uniformemente sviluppati e regolarmente disposti. Nei molari si nota carie precoce.

Nella cute. — Nulla di anormale si riscontra nella cute, se si eccettua la presenza di qualche neo sanguigno e l'ispessimento dell'epidermide della faccia dorsale dei piedi.

Nei peli. — Sono regolarmente sviluppati e ben distribuiti.

Nei genitali. — Sono regolarmente conformati e sviluppati.

Nel tronco. — Il tronco si presenta molto più sviluppato nel suo diametro longitudinale, che in quello trasversale.

Negli arti. — L' apertura degli arti superiori misura una lunghezza che supera l'altezza dell' infermo.

VITA VEGETATIVA

Torace. — Il torace si dilata lentamente ma uniformemente nei due lati; la risonanza è pulmonare e il respiro è vescicolare. Il cuore occupa i limiti normali, ma i toni cardiaci sono deboli.

Addome. — I visceri addominali sono nei limiti normali e funzionano regolarmente, se si eccettua l'intestino che funziona lentamente.

Genitali.—Mai, durante la degenza nel Manicomio, l'infermo ha notato stimoli sessuali; le urine sono emesse con facilità e l'infermo sente e può regolare con la propria volontà lo stimolo che parte dalla presenza dell' urina nella vescica.

Sistema linfatico e sanguigno — Nelle regioni laterali del collo si palpa qualche piccolo nodulo linfatico.

I vasi venosi della cute delle parti più appendicolari degli arti sono dilatati, per cui si nota una leggiera tinta subcianotica.

Funzioni trofiche. — La cute degli arti si presenta arida e come ispessita e con evidente desquamazione epidermica; la temperatura di essa è più bassa della normale, segnatamente nella parte più appendicolare degli arti.

Le masse muscolari degli arti si presentano intensamente atrofiche in senso gradatamente crescente dalla radice verso l' estremità. E' notevole il fatto che negli arti inferiori, come si può vedere dalla figura prima, l'atrofia dei muscoli degli arti medesimi si arresta all'inizio del terzo superiore delle coscie.

Secrezioni. — Le secrezioni, in generale, sono scarse, eccetto quella urinaria. Dell'esame dell'urina si hanno i seguenti risultati:

Caratteri fisici:

Quantità nelle 24 ore . . . . cmc. 1800
Aspetto . . . . limpido
Colore . . . . giallo
Odore . . . . suigeneris

Sedimento: L'urina appena emessa si presenta limpida, solo dopo 3-4 ore dall'emissione s'intorbida e lascia precipitare un sedimento terroso e di colorito biancastro.

Peso specifico 1016

Caratteri chimici:

Reazione . . . . acida
Urea. . . . . 10 ‰
Cloruri . . . . scarsi
Fosfati in genere . . . . abbondanti
Solfati . . . . normali
Carbonati. . . . . scarsi

Urati	scarsi
Acido urico	idem
Indacano	abbondante
Peptone	idem
Albume	0
Acetone	idem
Ammoniaca	idem
Pigmenti biliari	idem
Emoglubina	idem
Urobilina	idem
Melanogeno	idem
Glucosio	idem

Ricerche microscopiche: all'esame microscopico del sedimento si notano abbondanti cristalli amorfi e cristalli di fosfato acido di sodio.

Termogenesi. — E' profondamente indebolita in tutto l'organismo, specialmente nelle parti appendicolari degli arti.

VITA DI RELAZIONE

Sensibilità tattile. — La sensibilità tattile è conservata su tutta la superficie cutanea; si nota solo un lieve grado di ipoestesia nella faccia dorsale e plantare dei piedi, dove è più spiccato il disturbo del circolo venoso della cute e l'abbassamento della temperatura cutanea (1).

Sensibilità dolorifica. — A somiglianza di quella cutanea è discretamente conservata su tutta la superficie cutanea.

Sensibilità barica. — Tanto negli arti superiori, che negli inferiori la sensibilità barica è indebolita.

Sensibilità termica. — E' leggermente indebolita nelle parti più appendicolari degli arti, tanto superiori, che inferiori.

Sensibilità muscolare. — E' profondamente indebolita a causa dello stato atrofico dei muscoli, tanto negli arti superiori, che negli inferiori, e tanto per i movimenti semplici, come per quelli complessi.

Sensibilità genitale. — Manca completamente.

Sensibilità gustativa. — E' ben conservata per i sapori fondamentali.

Sensibilità olfattiva. — L'infermo non riconosce alcuni degli odori fondamentali (olio di garofani, di bergamotto) perchè dice di non averli mai sentito.

Sensibilità uditiva. — E' ben conservata in ambo i lati.

Sensibilità visiva. — La forza visiva in ambo gli occhi è $= 1/8$. L'infermo non ha nozione di alcuni colori fondamentali (giallo-bleu-viola).

Nulla di anormale presenta il campo visivo. Non si nota nistagmo.

(1) Recentemente anche in due casi studiati dal Mondio furono riscontrati disturbi della sensibilità.

Sensibilità viscerale. — E' indebolita.

Sensibilità atmosferica. — E' aumentata per il freddo.

Sensibilità cenestetica. — La impossibilità che l'infermo si possa muovere liberamente e il senso di stanchezza continua, determinano una profonda alterazione della cenestesi.

RIFLESSI

Cutanei:	
plantare	abolito
cremasterico	idem
gluteo	idem
addominale	debolissimo
ascellare	idem
Vasali:	
del capo	debolissimo
degli arti	idem
dei genitali	idem
Delle mucose:	
congiuntivale	normale
del condotto uditivo	idem
della schneideriana	debole
rettale	idem
Pupillari:	
dello sfintere	normali
delle fibre dilatatrici	idem

Riflessi tendinei. — Sono completamente aboliti i riflessi tendinei così negli arti inferiori, come nei superiori.

MOTILITÀ

L'infermo è degente a letto e nella impossibilità assoluta di potersi reggere in piedi, di camminare e di compiere qualsiasi movimento attivo con i piedi o con le gambe, mentre, durante la degenza a letto, sono possibili i movimenti del tronco, dove le masse muscolari non pare abbiano subito riduzione di volume ed alterazione nella loro funzionalità.

Come risulta dalla storia anamnestica, che noi abbiamo redatto sulle osservazioni fatte dal 1900 sino alla fine del 1913, sui due fratelli Gam., la motilità attiva degli arti inferiori è andata scomparendo contemporaneamente all'aumento della intensita dell'atrofia dei muscoli degli arti inferiori. E, come innanzi accennammo, e come risulta nettamente dalla figura 1.ª alligata, la conservazione dei muscoli del tronco e della radice degli arti, segnatamente degli inferiori, dove sono nettamente delimitati

i muscoli atrofici da quelli ancora integri, dopo un periodo così lungo, dacchè la malattia si è iniziata, fa uno strano contrasto con lo stato di atrofia intensa che si osserva nelle parti più appendicolari degli arti medesimi.

Se si dà uno sguardo alle figure 2ª e 3° si può vedere la scomparsa quasi completa delle masse muscolari delle estremità degli arti inferiori, in virtù della quale scomparsa l'infermo non può muovere in alcun modo gli arti medesimi.

Nelle stesse regioni, nelle quali l'atrofia muscolare è così progredita, si notano pure delle contrazioni fibrillari diffuse.

Negli arti inferiori mentre è così profondamente alterata la motilità attiva, quella passiva, invece, è notevolmente aumentata.

Negli arti superiori, come si può vedere dalla fig. 1ª, il processo di atrofia muscolare, cominciato parecchi anni dopo, ha seguito lo stesso decorso di quello iniziatosi negli arti inferiori, poichè sono stati maggiormente attaccati i muscoli delle parti appendicolari, segnatamente delle mani, dove ore sono quasi scomparsi i muscoli interossei e quelli delle regioni tenare ed ipotenare, in modo che le mani presentano la tendenza ad assumere l' atteggiamento di mano ad artiglio, come si può vedere dalla figura 4.ª.

Non ostante lo stato di atrofia muscolare degli arti superiori, l'infermo può ancora compiere qualche movimento molto incompleto, specialmente con le mani, nelle quali il processo atrofico è maggiormente progredito.

Anche negli arti superiori si notano contrazioni fibrillari multiple, ed anche negli arti superiori la motilità passiva è notevolmente aumentata.

Nulla di speciale si osserva nella motilità della faccia, dei muscoli motori degli occhi e nei muscoli della lingua.

La fisonomia e la mimica sono poco espressive e riflettono come uno stato di ebetudine dell'infermo.

Col *Dinamometro di Mathieu* non è possibile determinare la forza di pressione delle mani, le quali non arrivano a flettersi completamente, si può appena determinare la forza di pressione della piega del gomito, la quale dà i seguenti risultati:

nella piega del gomito destro 10
» » » sinistro 7

Reazione Elettrica. — In tutti i muscoli atrofici degli arti inferiori e superiori, segnatamente delle parti più appendicolari, si nota R. D. completa; mentre si nota R. D. parziale nei muscoli degli avambracci e nel terzo inferiore delle coscie.

Parola e scrittura. — Non si notano alterazioni della parola parlata, nè per quanto riguarda il contenuto ideativo, nè per quanto riguarda la pronunzia e l' articolazione. Nulla possiamo dire per la scrittura poichè l'infermo non apprese mai a scrivere.

FUNZIONI PSICHICHE

L'infermo, sin dalla tenera età, si addimostrò un soggetto con parziale deficienza psichica; in questi ultimi tempi, poi, ha presentato una espressione come di ebetudine, così come suol seguire ad alcune malattie organiche, di lunga durata, del sistema nervoso, alle quali il soggetto va lentamente adattandosi.

L'attenzione è alquanto tarda e si associa ad ideazione lenta, a contenuto ideativo molto scarso, elementare, a deficienza di memoria tanto per i fatti antichi, che per quelli recenti; non che a critica superficiale.

Osservazione II.

Gam. Tommaso, di Calogero, di anni 26, da Torretta (Palermo), celibe, contadino. È fratello del precedente, e fu ammesso nel Manicomio il 10 giugno 1900.

Anamnesi familiare. — L'anamnesi familiare è quella stessa che abbiamo riportato per l'altro fratello.

Anamnesi individuale. — L'infermo sino all'età di 10 anni godette buona salute, però a causa del suo mestiere, si espose continuamente a cause reumatizzanti. In quest'epoca cominciò ad avvertire senso di pesantezza agli arti inferiori e gradatamente anche una certa difficoltà nella deambulazione, segnatamente quando, camminanando, doveva sollevare i piedi dal suolo.

Anche nella stazione eretta l'infermo si stancava facilmente, per cui, sin dall'inizio della malattia, preferiva la stazione seduta.

In tali condizioni fu, contemporaneamente al fratello, ricoverato nel Manicomio (1900) e, sin d'allora, restò sotto la nostra quotidiana osservazione sino alla fine del dicembre dell'anno 1913.

Quando venne ammesso nel Manicomio poteva ancora camminare, sebbene stentatamente, appoggiato ad un bastone; ma successivamente il senso di pesantezza agli arti inferiori è andato progressivamente aumentando, per cui l'infermo avvertiva una speciale sensazione al terzo inferiore delle gambe ed ai piedi, che gli sembrava fossero ripieni di piombo, tanto che non poteva staccarli dal suolo.

Per questo motivo la difficoltà nella deambulazione è aumentata sino al punto, che l'infermo, anche con l'ajuto del bastone, non poteva più camminare ed aveva bisogno o di appoggiarsi al muro o di essere aiutato da un infermiere.

Contemporaneamente all'aumento nella difficoltà dei movimenti ed all'aumento nella pesantezza degli arti inferiori, in questi ultimi cominciò

ad essere notata una graduale diminuzione di volume delle masse muscolari, così della piccola muscolatura dei piedi, come del terzo inferiore delle gambe, segnatamente lungo la regione peroneale, come si può vedere dalla figura 5.ª, nella quale si nota come il processo di atrofia muscolare si sia limitato esclusivamente alla muscolatura delle gambe e un pò al quarto inferiore delle cosce.

Quantunque il soggetto, con l'ajuto di due infermieri, potesse ancora reggersi in piedi e camminare, con andatura tipica a *steppage*, pure nella stazione seduta non era in condizione di tenere i piedi in posizione normale, per cui questi, come si può vedere dalla figura 6.ª, si presentavano cadenti ed in posizione quasi *equina*.

Successivamente l'assottigliamento delle masse muscolari dalle regioni peroneali si estese anche ai muscoli del polpaccio in ambo i lati, e con maggiore intensità al lato destro, come si può vedere dalla figura 7.ª quì alligata.

Trascorsi tre anni circa, dacchè era stato ammesso nel Manicomio, l'infermo cominciò ad avvertire indebolimento della forza muscolare anche negli arti superiori, segnatamente nelle mani, quando era costretto a sollevare dei piccoli pesi o a compiere dei movimenti di prensione.

Trascorsi pochi mesi dall' inizio di questi nuovi sintomi, anche nei muscoli delle mani cominciarono a comparire i segni manifesti dell'atrofia muscolare, specialmente nei muscoli interossei, e poi in quelli delle regioni *tenare* ed *ipotenare*; per cui gradatamente le ultime dite cominciarono ad assumere l'atteggiamento di flessione forzata, come del resto si può vedere nella figura 1.ª.

Ma il processo di atrofia muscolare, come risulta dalla stessa figura, non si limitò alle sole mani, poichè si estese in parte ancbe agli avambracci, e nell'arto superiore sinistro anche ai muscoli del braccio. Nè i muscoli del tronco, nè quelli della faccia furono coinvolti dal processo di atrofia.

Durante tutto questo periodo, l'infermo accusò sempre senso di freddo ai piedi ed alle mani, qualche volta si lamentò anche di dolori vaganti negli arti, ma non accusò mai disturbi degli sfinteri.

STATO ATTUALE

Esame antropologico:

Costituzione fisica	Mediocre
Sviluppo scheletrico	Regolare
» muscolare	idem
» adiposo	scarso
Stato della nutrizione	scaduto
Peso del corpo.	Kgr. 60

Statura	met. 1,65
Ampiezza delle braccia	» 1,70
Cranio:	
Diametro antero-post. massimo	mill. 186
» trasverso massimo	» 138
Indice cefalico	gr. 74,2
Curva longitudinale mediama	mill. 320
» trasversale	» 300
Circonferenza totale orizzontale	» 530
Semicurva anteriore	» 280
» posteriore	» 250
Somma delle tre curve	» 1150
Semicurva later. destra	» 280
» » sinistra	» 250
Tipo del cranio	*Dolicocefalo*
Faccia:	
Altezza della fronte	mill. 35
Diametro frontale minimo	» 70
Altezza della faccia	» 101
Diametro bizigomatico	» 112
» bigoniaco	» 80
Angolo facciale	gr. 76

Caratteri antropologici degenerativi:

Nel cranio. — Le due metà laterali del cranio sono leggermente asimmetriche, per un maggiore sviluppo della metà destra.

Nella faccia. — Tutta la metà destra della faccia è più sviluppata della metà sinistra.

Negli occhi. — Le cavità orbitali sono piccole e i sopracigli sono ricchi di peli.

Negli orecchi. — Il padiglione dell'orecchio sinistro si trova impiantato ad un livello inferiore del destro; entrambi sono conformati ad ansa, specialmente il sinistro.

Nel naso. — Il naso si presenta largo in tutta la sua estensione, ed in modo quasi uniforme.

Nella bocca. — I denti incisivi inferiori non sono uniformemente sviluppati, nè regolarmente disposti.

Nella cute. — Vi si nota solo qualche neo sanguigno.

Nei peli. — Sono normalmente sviluppati e regolarmente distribuiti.

Nei genitali. — Nulla vi si nota di anormale.

Nel tronco. — È ben conformato.

Negli arti. — L'apertura degli arti superiori misura una lunghezza che supera l'altezza dell'infermo.

VITA VEGETATIVA

Torace. — Il torace, come si è detto è ben conformato; si dilata uniformemente ai due lati; il respiro è vescicolare e la risonanza è pulmonare Si contano 16 respirazioni al minuto. Il cuore occupa i limiti normali, e i toni cardiaci sono netti.

Addome. — Nulla vi si nota di anormale; i visceri in esso contenuti occupano i limiti normali e funzionano regolarmente.

Genitali. — Mai l'infermo ha accusato stimoli sessuali; le urine sono emesse con facilità e l' infermo sente regolarmente lo stimolo dell' urina nella vescica.

Sistema linfatico e sanguigno. — Si palpa qualche piccolo nodulo linfatico nelle regioni carotidee; i vasi venosi delle parti appendicolari degli arti (superiori ed inferiori), sono dilatati per cui si nota una tinta subcianotica.

Funzioni trofiche. — La cute degli arti si presenta come ispessita e con evidente desquamazione epidermica; la temperatura di essa (cute) è più bassa della normale, segnatamente nelle parti più appendicolari degli arti medesimi.

I muscoli si presentano intensamente atrofici così negli arti superiori, come negli inferiori. In quest' ultimi è evidente ed intensa l' atrofia di quelli della regione peroneale e della faccia posteriore delle gambe, non che della faccia dorsale dei piedi, come risulta dalla figura 7.ª, precedentemente esposta, mentre sono risparmiati quasi interamente i muscoli delle coscie, se si eccettua il quarto inferiore, come risulta dalla fig. 1.ª.

Negli arti superiori il processo di atrofia comprende prevalentemente i muscoli delle mani, gl'interossei e quelli della regione tenare ed ipotenare, come si può vedere dalle figure 1.ª, 8.ª e 9.ª. Nell' arto superiore, sinistro, poi, il processo di atrofia muscolare si estende anche all'avambraccio ed in parte anche ai muscoli del braccio, come risulta dalla prima figura.

Secrezioni. — Le secrezioni, in generale, sono scarse eccetto quella urinaria.

Dall'esame dell'urina si hanno i seguenti risultati:

Caratteri fisici:

Quantità nelle 24 ore	cmc. 1500
Aspetto	limpido
Colore	giallo
Odore	acido

Sedimento: Appena emessa l'urina si presenta limpida, mentre dopo un periodo di 2-3 ore dall'emissione s'intorbida, lasciando depositare un sedimento terroso, di aspetto lattescente.

Peso specifico	1020
Caratteri chimici:	
Reazione	acida
Urea	8 °/₀₀
Cloruri	scarsi
Fosfati in genere	abbondanti
Solfati	idem
Carbonati	scarsi
Acido urico	idem
Indacano	abbondante
Peptone	idem
Albume	0
Acetone	idem
Ammoniaca	idem
Pigmenti biliari	idem
Emoglubina	idem
Urobilina	idem
Glucosio	idem

Ricerche microscopiche. — All' esame microscopico del sedimento si notano abbondanti cristalli amorfi e pochi cristalli di acido urico.

Termogenesi. — È notevolmente indebolita in tutto l'organismo.

VITA DI RELAZIONE

Sensibilità tattile. — La sensibilità tattile é conservata su tutta la superficie cutanea; un lieve grado di ipoestesia si nota in corrispondenza delle parti appendicolari degli arti, specialmente nella faccia dorsale dei piedi, dove contemporaneamente si nota abbassamento della temperatura cutanea.

Sensibilità dolorifica. — È ben conservata su tutto la superficie cutanea.

Sensibilità barica. — È indebolita tanto negli arti superiori, che negli inferiori.

Sensibilità termica. — È leggermente indebolita nelle parti appendicolari degli arti.

Sensibilità muscolare. — È molto indebolita così per i movimenti semplici come per quelli complessi.

Sensibilità genitale. — È completamente abolita.

Sensibitità gustativa — olfattiva — uditiva. — Sono ben conservate.

Sensibilità visiva. — La forza visiva in ambo gli occhi è = $^{3}/_{4}$; non si notano discromatopsie.

Sensibilità viscerale. — E' indebolita.

Sensibilità atmosferica. — E' aumentata per il freddo.

Sensibilità cenestetica. — E' profondamente indebolita.

RIFLESSI

Cutanei:

plantare	abolito
cremasterico	idem
gluteo	debolissimo
addominale	idem
ascellare	debolissimo a destra — abolito a sinistra

Vasali:

del capo	debolissimi
degli arti	idem
dei genitali	idem

Delle mucose:

congiuntivale	normale
del condotto uditivo	idem
della schneideriana	debole
rettale	idem
vescicale	idem

Pupillari:

dello sfintere	normali
delle fibre dilatatrici	idem

Riflessi tendinei. — Sono completamente aboliti i riflessi tendinei così negli arti inferiori, come nei superiori.

MOTILITA'

L'infermo trascorre la sua giornata in massima parte a letto, talvolta per poche ore del giorno sta anche seduto in una sedia a braccioli.

Non può reggersi in piedi, anche quando è ajutato dall'infermiere, e non può camminare. Anche durante la degenza a letto sono impossibili i movimenti attivi dei piedi e delle gambe

La motilità attiva degli arti inferiori è andata scomparendo contemporaneamente all' aumento dell' atrofia muscolare degli arti medesimi. Le figure precedentemente indicate dimostrano che il processo atrofico ha risparmiato i tre quarti superiori dei muscoli delle cosce, i muscoli del tronco e della faccia.

Al contrario di quella attiva, la motilità passiva è notevolmente aumentata negli arti, nei quali esiste l'atrofia dei muscoli.

Nelle stesse regioni, nelle quali l'atrofia muscolare è progredita, si osservano pure molteplici contrazioni fibrillari, tanto negli arti inferiori, che nei superiori.

Il decorso dell'atrofia muscolare negli arti superiori, cominciato parecchi anni dopo di quello svoltosi negli arti inferiori, ha seguito lo stesso andamento, poichè è cominciato pure dalle parti più appendicolari, ed oggi ha reso la motilità attiva degli arti medesimi molto limitata; poichè, come abbiamo visto dalle figure 5.ª, 8.ª e 9.ª i muscoli interossei e quelli delle regioni tenare ed ipotenare sono notevolmente assottigliati. Ne segue, per ciò, che, specialmente i movimenti attivi delle mani, sono limitati in tutti i sensi.

Nulla di speciale si osserva nei movimenti dei muscoli della faccia, dei muscoli motori dei bulbi oculari, della lingua, del collo e del tronco, che sono stati risparmiati dal processo atrofico.

La fisonomia e la mimica sono poco espressive.

Col dinamometro di Mathieu si può solo determinare la forza di pressione della piega del gomito, poichè la flessione delle mani è debole ed incompleta. La forza di pressione:

Nella piega del gomito destro è = 10.

Nella piega del gomito sinistro è = 5.

Reazione elettrica — In tutti i muscoli atrofici degli arti inferiori e superiori, segnatamente nelle parti più appendicolari, si nota R. D. completa.

Parola e scrittura. — Nulla di anormale si riscontra nella parola parlata, nè per quanto riguarda il contenuto ideativo, nè per quanto riguarda la pronunzia e l' articolazione delle parole. L' infermo non sa scrivere.

FUNZIONI PSICHICHE

E' un soggetto originariamente deficiente dal punto di vista psichico, come, in generale, avviene per tutti gli eredo-alcoolisti. Tale stato di deficienza, che comprende sopra tutto la critica e la riflessione, è aumentato sin da quando si è iniziata l'attuale malattia, che dura da parecchi anni e che ha determinato nell'infermo come uno stato di ebetudine e l'arresto dell'ulteriore evoluzione delle funzioni psichiche.

I sintomi raccolti con l'esame clinico degli infermi presi in esame, noi crediamo che, con ogni probabilità, si debbano riferire a quel tipo di *atrofia muscolare progressiva*, che è conosciuto col nome di *Charcot-Marie.*

Nessuno, infatti, dei caratteri clinici appartenenti, secondo gli Autori, a questa forma morbosa, manca nelle osservazioni innanzi descritte, nelle quali abbiamo notato:

1.° L'inizio della malattia nella giovinezza;

2.° Il carattere familiare delle due osservazioni, poichè trattavasi di due fratelli che ancora sopravvivono;

3.° In tutti e due i casi la malattia si è iniziata con l'atrofia dei muscoli delle parti appendicolari degli arti inferiori, assumendo successivamente un andamento, per così dire, centripeto, per cui, in modo più intenso, la malattia si è svolta a carico dei muscoli delle parti estreme degli arti;

4.° Nei due casi da noi riportati si notavano, come in quelli descritti da Charcot-Marie, contrazioni fibrillari dei muscoli atrofici, crampi muscolari, reazione degenerativa, scomparsa graduale dei riflessi tendinei, disturbi vasomotori alle estremità degli arti, accompagnati non solo da abbassamento della temperatura locale, ma anche da disturbi della sensibilità cutanea riscontrabili obbiettivamente, sotto forma non solo di ritardo considerevole nella percezione degli stimoli sensitivi, ma anche sotto forma di vere zone di ipoestesia tattile e dolorifica.

Il solo sintomo, che, nei casi riferiti, manca e che si associa talvolta ai disturbi della sensibilità, è il disturbo oculo-pupillare rappresentato dalla dilatazione e disuguaglianza pupillare, dal segno di Argyll, dalle paralisi dissociate dei muscoli dell'occhio. Questo sintomo, però, come gli A. A. stessi avvertono, non si riscontra sempre, può, anzi, nella generalità dei casi mancare e non può essere considerato, per ciò, come uno dei sintomi essenziali, patognomonici, in base ai quali si può stabilire un concetto diagnostico di certezza.

Stabilito, adunque, che la malattia dei due infermi da noi presi in esame, presenta tutti i caratteri clinici della *amiotrofia descritta* da Charcot e Marie, a noi sembra opportuno esporre *in che cosa consiste veramente tale forma morbosa e quale posto le spetta nei quadri nosologici.*

Il Raymond, basandosi non solo sui sintomi clinici, ma anche, e forse in modo più speciale, sui risultati delle autopsie fatte sopra soggetti che nella loro vita erano stati colpiti dalla amiotrofia progressiva del tipo *Charcot-Marie*, ha potuto stabilire che l'affezione in parola non è affatto, come egli stesso prima credette, una forma di *atrofia muscolare progressiva* intermedia tra

il tipo Aran-Duchenne e l'amiopatia atrofica progressiva *familiale*. Essa non è, certamente, il tratto di unione di queste due grandi forme dell'atrofia muscolare progressiva, una *amiotrofia mielopatica* riguardo alla sua sede e *familiale* talora riguardo alla sua etiologia e che presenta i suoi caratteri clinici in modo da potersi appartenere indifferentemente al tipo Aran-Duchenne ed alla miopatia atrofica progressiva, primitiva. E', certamente, una mielopatia, come precedentemente il Raymond aveva previsto, ma più complessa che l'atrofia muscolare progressiva del tipo Aran-Duchenne.

Nel suo inizio presenta una sintomatologia che può farla considerare come una varietà frustra della neurite interstiziale ipertrofica progressiva,. che entra essa stessa nella categoria delle affezioni sistematiche del midollo.

Il Raymond, in effetti, contrariamente alla opinione del Dejerine, che riteneva l'atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie una malattia distinta dalla nevrite interstiziale ipertrofica, mentre il Marinesco riteneva le due affezioni come unica entità morbosa, il Raymond, come dicevamo, per mezzo di prove cliniche, potè dimostrare i rapporti esistenti tra le due malattie, facendo notare che i sintomi della nevrite *ipertrofica e progressiva dell' infanzia*, descritta dal Déjerine e Sottas, rappresentano un'insieme di manifestazioni patologiche, che, in parte, si riscontrano nella tabe dorsale, in parte nell'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie.

L'atrofia muscolare, infatti, che porta il nome di Charcot-Marie, comincia ordinariamente dai muscoli dei piedi e delle gambe, ma può anche cominciare dalle estremità degli arti superiori; e solo dopo molto tempo si estende centripetamente verso la radice degli arti (coscie e braccia). Negli arti superiori, l'atrofia comincia dai muscoli delle eminenze tenare ed ipotenare e dai muscoli interossei, per cui si comincia ad avere la deformazione della mano. Da questa l'atrofia si estende all' avambraccio, mentre i muscoli delle braccia sono colpiti molto tardi. I muscoli atrofici presentano contrazioni fibrillari poco intense; i riflessi tendinei diminuiscono a misura che progredisce l'atrofia dei muscoli, sino alla scomparsa completa. Gl' infermi vanno frequentemente incontro a crampi muscolari dolorosi, segnatamente agli arti inferiori. Nei muscoli in via di degenerazione, mentre in principio si nota una semplice diminuzione dell'eccitabilità elettrica, in un

fase più inoltrata, è facile constatare la reazione degenerativa. I piedi e le gambe sono ricoperti di pelle a tinta bluastra per un evidente marezzamento venoso. Talvolta, infine, si osservano dei disturbi sensitivi pronunziatissimi sotto forma di anestesia dissociata, che risparmia la sensibilità tattile, non che indebolimento della funzione percettiva.

La malattia comincia quasi sempre nell' infanzia, più raramente nell'adolescenza fra i 14-15 anni, presentando nella maggioranza dei casi il carattere ereditario e familiare.

Natura del processo spinale. — Charcot e Marie, nel lavoro pubblicato sul tipo di atrofia da loro studiata, dimostrarono non solo l' autonomia clinica di questa, ma espressero anche il convincimento che potesse trattarsi di una varietà di atrofia muscolare di origine mielopatica. Successivamente, poi, anche il Sachs espresse analoga opinione e ritenne il tipo di atrofia descritto da Charcot-Marie come una varietà dell'atrofia muscolare progressiva del tipo *Aran-Duchenne*, che si localizzava preferibilmente nei muscoli delle gambe.

L' Hoffmann, più tardi, propose di dare al nuovo tipo di atrofia muscolare la qualifica di *neurotica*, ritenendo, come una semplice ipotesi, che tale forma morbosa dipendesse da una lesione dei nervi periferici.

L' ipotesi dell' Hoffmann, però, non escludeva la possibilità dell'intervento di una lesione midollare dalla quale potesse dipendere quella dei nervi periferici. La subordinazione di una degenerazione multipla dei nervi periferici ad una lesione primitiva dei centri nervosi, sostanza grigia del midollo o dei gangli spinali, gli sembrava anche un caso probabilissimo. In questo stato di cose, l'Hoffmann considerava l'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie come una forma di amiotrofia progressiva intermedia tra l'atrofia muscolare spinale del tipo Aran-Duchenne e le forme miopatiche di atrofia muscolare progressiva.

In una memoria successiva l'Hoffmann ribadì le sue prime idee e, basandosi poi sui risultati delle osservazioni pubblicate dal Friedreich e dal Dubreuilh, che avevano riscontrato alterazioni concomitanti nei nervi periferici e nel midollo spinale, propose di sostituire alla qualifica di *neurotico* quella di *neurale*, che non pre-

giudica niente in riguardo alla natura infiammatoria o degenerativa delle alterazioni dei nervi periferici.

I risultati, poi, delle osservazioni cliniche ed anatomopatologiche fatte da Marinesco all'autopsia di un infermo affetto della malattia descritta da Charcot-Marie, poterono stabilire che nell'atrofia muscolare ereditaria del tipo Charcot-Marie il processo anatomo-patologico interessa qualche volta il protoneurone sensitivo ed il protoneurone motore nei loro corpi (cellule nervose sensitive e motrici) e nelle loro terminazioni.

Ora, sebbene con le osservazioni del Marinesco non si sia potuto stabilire nettamente se la lesione si iniziava dai neuroni motori o da quelli sensitivi, pure, osserva il Raymond, si è potuto accertare che le alterazioni anatomo-patologiche, trovate nell'atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie, si somigliano quasi interamente a quelle della neurite interstiziale ipertrofica e progressiva dell'infanzia descritte da Déjerine e Sottas.

Di modo che nelle due forme morbose il substrato anatomopatologico è lo stesso, con la sola differenza, che l'aumento del volume e della consistenza dei tronchi nervosi, che si osserva nei casi di neurite interstiziale ipertrofica, manca nei casi del tipo Charcot-Marie.

Or tanto nei casi della prima, che della seconda forma mormosa vi sono grandi analogie, in virtù delle quali è nata l'idea di riunire in una le due malattie e ritenere che le due denominazioni fossero niente altro che i titoli differenti di una sola malattia ereditaria.

La identificazione delle due forme morbose sopra menzionate è stata validamente sostenuta da Marinesco, il quale, sulla base dei risultati anatomo-patologici, potè stabilire che vi ha solo differenza nella intensità di alcuni sintomi riscontrabili all'esame obbiettivo, essendo i disturbi nella coordinazione dei movimenti e quelli della sensibilità accentuatissimi nei casi di neurite interstiziale, riferiti da Déjerine, e meno pronunciati nei casi di

atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie; mentre nelle due serie di casi le lesioni appariscono negli stessi sistemi organici e si differenziano solamente nel grado.

Si notano, infatti, lesioni dei cordoni posteriori molto somiglianti a quelle che si riscontrano nalla tabe dorsale; degenerazione delle radici posteriori e atrofia delle cellule delle corna anteriori.—La differenza consiste solo nell'ipertrofia delle radici posteriori e dei nervi, che si osserva nei casi di neurite interstiziale ipertrofica, mentre manca in quelli di atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie; ipertrofia, che, secondo Marinesco, sta in rapporto diretto, non con la natura diversa della malattia, ma con la maggiore durata dell' affezione, e deve, perciò, considerarsi come una manifestazione tardiva. Nei casi, infatti, pubblicati da Gombault e Déjerine l'affezione datava dalla prima infanzia e i malati erano pervenuti ad un' età avanzata, mentre, nel caso di cui il Marinesco praticò l'autopsia, i primi sintomi della malattia s'iniziarono all'etá di quindici anni e il soggetto morí all'età di 27 anni, di modo che mancò il tempo perchè potessero stabilirsi i sintomi della ipertrofia dei nervi e delle radici posteriori.

Il Déjerine, però, ha mosso delle valide obbiezioni alla teoria emessa dal Marinesco facendo notare:

a) Che sarebbe una contraddizione con quanto insegna l'anatomia patologica generale l'affermare che l'invecchiamento della malattia produca l'ipertrofia dei nervi periferici;

b) Che non si è giammai visto nella tabe che i nervi periferici o le radici posteriori s'ipertrofizzino a misura che la lesione midollare invecchia, mentre si sa che avviene il contrario in queste condizioni, come anche in tutte le varietà di polineurite da causa tossica ed infettiva che noi conosciamo. Eccetto che nella lebbra, la neurite periferica si traduce sempre in un assottigliamento, che è tanto più sensibile, quanto più la lesione nervosa è intensa e di vecchia data;

c) Che in nessuna delle osservazioni del tipo Charcot-Marie pubblicate sino allora, si trovava menzione dell'atassia, del segno di Argyll-Robertson, del nistagmo, della scifoscoliasi della, ipertrofia dei nervi, dei disturbi intensi di sensibilità oggettiva.

La esistenza, però, di casi clinici che rappresentano dei veri termini di passaggio tra i due tipi di affezioni morbose, dei veri anelli di congiunzione, poichè presentano caratteri cumuni alla

malattia descritta da Charcot-Marie ed a quella descritta da Déjerine-Sottas, fa supporre, dice il Reymond, ed autorizza a sospettare che l'atrofia muscolare progressiva tipo Charcot-Marie, conformemente alla tesi sostenuta dal Marinesco, non sia probabilmente che una forma frustra della malattia descritta dal Déjerine sotto il nome di nevrite ipertrofica interstiziale progressiva.

Questo dubbio, poi, diventerebbe certezza, se si potesse dimostrare che, nelle due varietà di affezioni morbose, vi fosse un unico processo morboso, in virtù del quale:

a) l'affezione del *protoneurone sensitivo*, quando ha raggiunto una certa intensità, si traduce in manifestazione tabetica;

b) l'affezione del *protoneurone motore* dà luogo ad un'atrofia muscolare progressiva.

Ora i risultati, raccolti dal Marinesco all'autopsia di un caso di malattia del tipo Charcot-Marie, dimostrano che i fatti si svolgono nel modo sopra descritto. E, d'altra parte, basta ricordare l'anatomia patologica della malattia Charcot-Marie, per avere una prova migliore.

***

NATURA E TOPOGRAFIA DELLE LESIONI SPINALI CONSTATATE NEI CASI DI ATROFIA MUSCOLARE DEL TIPO CHARCOT-MARIE

Charcot e Marie in principio credettero che la malattia da loro descritta fosse una forma intermedia tra il tipo Aran-Duchenne e le atrofie muscolari progressive primitive, in modo che, mentre partecipava del carattere ereditario di queste ultime, avesse un substrato anatomico con sede spinale.

L'Hoffmann, però, ritenne che la malattia Charcot-Marie fosse l'espressione di una degenerazione progressiva dei nervi periferici, mentre Oppenheim dubitava che potesse trattarsi d'una semplice forma ereditaria e progressiva della polineurite cronica. In seguito poi, all'autopsia praticata da Marinesco ed al reperto riscontrato, si potè stabilire che la malattia di Charcot-Marie può avere per substrato anatomo-patologico tre ordini di lesioni:

1° Una degenerazione dei cordoni posteriori analoga a quella che si osserva nei casi di tabe dorsale, con degenerazione corrispondente delle fibre delle radici posteriori.

2° Un'atrofia delle corna anteriori, la cui distribuzione era in rapporto con quella dell'atrofia muscolare.

3° Una degenerazione dei nervi periferici con neurite interstiziale accompagnata da alterazioni degenerative dei muscoli.

Il reperto anatomo-patologico del Marinesco, a cui in epoca anteriore aveva accennato incompletamente il Dubreuilh, e quello successivo descritto dal Siemmerling, valgono a dimostrare quali siano veramente le alterazioni dei centri nervosi, dei nervi e dei muscoli nell'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie.

Il Siemmerling, nell'infermo da lui preso in esame, in vita, dopo 15 anni da che la malattia si era iniziata, riscontrò i seguenti sintomi:

a) Pupille dilatate in modo ineguale:

b) Voce leggermente nasale;

c) Atrofia muscolare pronunziatissima agli arti e al tronco e tremore fibrillare nei muscoli intercostali;

d) Paralisi flaccida completa degli arti inferiori con contrattura del ginocchio destro e paralisi incompleta degli arti superiori;

e) Abolizione dei riflessi rotulei;

f) Considerevole diminuzione dell'eccitabilità farado-galvanica diretta od indiretta sino alla completa abolizione;

g) Considerevole indebolimento della sensibilità dolorifica.

All' autopsia, poi, praticata in seguito alla morte avvenuta per collasso, l'A. riscontrò le lesioni seguenti:

1° Alterazioni dei cordoni posteriori, le quali raggiungevano la massima intensità nella parte inferiore del segmento dorsale. Nella regione superiore del segmento dorsale e nel segmento cervicale le parti mediane dei cordoni di Goll erano quasi interamente degenerate; nei cordoni di Burdach, la degenerazione diminuiva d'intensità dal basso in alto;

2° Degenerazione dei cordoni laterali nella loro porzione posteriore, ed in parte anche nel fascio antero-laterale. La lesione raggiungeva il suo maximum nella porzione inferiore del segmento dorsale e nel segmento lombare del midollo, mentre diminuiva gradatamente dal basso in alto;

3° Rarefazione delle fibre nelle corna anteriori e nelle colonne di Clarke;

4° Degenerazione e rarefazione delle cellule nelle medesime parti;

5º Atrofia delle radici anteriori.

Non presentavano alterazioni: le radici posteriori, la zona di penetrazione radicolare e le corna posteriori, a partire dall'estremità superiore del rigonfiamento lombare.

Nei gangli spinali un gran numero di cellule nervose erano degenerate.

I frammenti di nervi periferici, che sono stati esaminati, presentavano intensa degenerazione, meno pronunziata, però, negli arti superiori, che negli inferiori. È da notare che i nervi misti erano perfettamente integri al disotto del ganglio spinale.

Nelle parti periferiche dei nervi, la rarefazione delle fibre nervose raggiungeva proporzioni considerevoli. In vari punti il tessuto interstiziale era attraversato da grossi vasi con pareti ispessite.

Tutti i muscoli presi in esame, eccetto quelli profondi della nuca, presentavano atrofia in tutte le varie gradazioni, sino alla degenerazione grassa. I rami nervosi intramuscolari erano completamente degenerati.

I risultati, adunque, dell'esame istologico eseguito dal Siemmerling concordano, in generale, con quelli ottenuti precedentemente dal Marinesco, di tal che la natura e la sede delle lesioni spinali, some anche di quelle dei nervi periferici e dei muscoli nella malattia descritta da Charcot-Marie, corrisponde a quella che ci è stata descritta da Marinesco e Siemmerling, cioè a dire:

a) *Degenerazione dei cordoni posteriori e dei cordoni laterali*, con un massimo d'intensità nella parte inferiore del segmento dorsale e nella parte superiore del segmento lombare;

b) *Degenerazione dei cordoni di Goll, principalmente nel loro tragitto superiore*;

c) *Atrofia delle cellule e rarefazione delle fibrille delle corna anteriori e delle colonne di Klarke*;

d) *Atrofia delle radici anteriori e dei gangli spinali*; *degenerazione estesa dei nervi sensitivi e dei nervi misti*; *degenerazione dei muscoli con intensità variabile.*

***

MECCANISMO DI PRODUZIONE DELLE ALTERAZIONI ANATOMO-PATOLOGICHE NELL'ATROFIA MUSCOLARE DEL TIPO CHARCOT-MARIE

Secondo le vedute del Siemmerling, le alterazioni anatomiche si iniziano dal midollo spinale, e più particolarmente la sede iniziale sarebbe localizzata nel tragitto intraspinale delle radici posteriori, da dove il processo in un primo tempo si propagherebbe alle cellule delle corna anteriori, per la via dei collaterali riflessi, e successivamente alle radici posteriori, ai nervi periferici ed ai muscoli.—Questa propagazione alle radici posteriori spiegherebbe la soppressione della funzione di queste. La lesione, poi, dei gangli spinali dovrebbe essere considerata come un effetto secondario, ricorrente. Si ignorano sino ad oggi le ragioni in virtù delle quali le radici spinali sono lese primitivamente nel loro tragitto intraspinale.

Secondo un'altra ipotesi le lesioni si inizierebbero dai gangli spinali; tenendo conto, però, della poca intensità delle alterazioni che vi si sono riscontrate in rapporto a quelle delle radici posteriori, è più razionale lo ammettere come vera la ipotesi emessa e sostenuta dal Siemmerling.

***

Talvolta può aversi qualche raro caso in cui la sintomato, logia del tipo Charcot-Marie, non è l'espressione delle alterazioni anatomo-patologiche innanzi descritte, ma di una *miopatia primitiva.*

Il primo di tali casi, in effetti, fu pubblicato da Oppenheim e Cassirer, i quali, quando l'ammalato era ancora in vita raccolsero la sintomatologia identica a quella del tipo Charcot-Marie, mentre con l'esame istologico praticato dopo avvenuta la morte riscontrarono l'atrofia delle fibre muscolari, in varie gradazioni, ma i rami nervosi intramuscolari, i nervi periferici e i centri nervosi non presentavano alterazioni organiche propriamente dette.

Questo reperto dell'Oppenheim e del Cassirer dimostra che la sintomatologia dell'atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie, qualche volta, può essere l'espressione di una miopatia primitiva,

senza avere quella base anatomo-patologica che hanno, in generale, i casi di atrofia muscolare del tipo Charcot-Marie.

È opportuno, però, notare che nel caso ricordato dall'Oppenheim e Cassirer, la malattia, che presentò la sintomatologia del tipo Charcot-Marie, s'iniziò all'età matura di 42 anni, e non nell'infanzia o nei primi anni della giovinezza; di modo che, rigorosamente parlando, tenuto conto di questo fattore principale, cioè a dire, l'età, il caso in esame non dovrebbe considerarsi come appartenente a quelli di tipo Charcot-Marie, i quali, veramente, in vita presentano una sintomatologia più complessa, e, dopo avvenuta la morte, all'esame istologico presentano una serie di alterazioni anatomo-patologiche molto diverse.

Questo caso eccezionale dell'Oppenheim e Cassirer, che non può veramente esser annoverato fra quelli di tipo Charcot-Marie, trova il riscontro in un altro del Placzek, nel quale l'A. in vita trovò sempre una sintomatologia rispondente all'atrofia muscolare del tipo Aran-Duchenne, e come tale ebbe a presentarlo nel corso delle sue lezioni, ma dopo avvenuta la morte dell'infermo riscontrò le alterazioni anatomiche proprie della tabe, mentre in vita l'infermo mai ebbe a presentare sintomi propri di quest'ultima malattia, meno dell'abolizione del riflesso rotuleo avvenuto negli ultimi tempi.

Ma il Placzek, però, avverte che a completare il quadro classico della sintomatologia del tipo Aran-Duchenne mancava il tremore fibrillare, di modo che è a supporre, dice il Rothmann, che il malato del Placzek fosse stato affetto di tabe antica, rimasta latente e durante il corso della quale si era sviluppata l'atrofia muscolare progressiva.

I fatti e le considerazioni, che sono stati precedentemente esposti, confermano l'ipotesi del Raymond, che, cioè, la neurite interstiziale ipertrofica del Déjerine e Sottas é un'affezione la cui sintomatologia corrisponde a quella dell'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie associata a manifestazioni tabetiche; mentre, d'altra parte, le due affezioni, oltre l'uguale sintomatologia, possono avere lo stesso substrato anatomo-patologico.

La nevrite interstiziale ipertrofica non presenta sintomi patognomonici che la possono differenziare dall'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie.

L'*atrofia muscolare* del tipo Charcot-Marie, adunque, che gli autori tedeschi chiamano col nome di *neurotica* e che, ordinariamente, comincia quasi sempre dai piedi e solo eccezionalmente dalle mani, e che si propaga poi lentissimamente ed in direzione centripeta, sembra che possa considerarsi come una forma frustra di una affezione sistematica del midollo spinale, che, nella sua forma integrale, si manifesta coi caratteri della neurite interstiziale ipertrofica, la quale è un' affezione a tipo essenzialmente familiare, che rappresenta quasi un termine intermedio tra l'atrofia muscolare progressiva mielopatica (tipo Aran-Duchenne) e la tabe dorsale, partecipando dei caratteri dell'una e dell'altra. Solo eccezionalmente, come è avvenuto nella osservazione dell'Oppenheim e del Cassirer, la sintomatologia del tipo Charcot-Marie può rappresentare l'espressione di una miopatia primitiva.

BIBLIOGRAFIA

Leyden und Goldscheider. — Die Erkrank. d. Rückenmarks u. d. Med. obl. Wien, Hölder 1897.

Giuffrè L. — Tabe e polinevrite. *Atti della R. Acc. delle Scienze mediche di Palermo*, 1896.

D'Abundo. — Sulle distrofie muscolari progressive. *Catania*, 1897.

Raymond. — Clinique des maladies du système nerveux. *Paris*, 1900-1901.

Grasset. — Leçons de clinique médicale. *Montpellier, Coulet*, 1907.

Zedler. — Universal Lexicon. *Leipzig* 1732-1752. Vol. 36 p. 525.

Duchenne. — Séance de l'Acad. de méd., 21 mai 1849.

— *Arch. génér. de Méd.* 1868, II. p. 92

— *Electrisation localisée.* 3ª ed. 1872.

Aran. — Recherches sur une maladie non encore décrite du syst. musc. *Arch. gén. de méd.* — septembre et octobre 1850.

Vulpian. — *Arch. de physiol. norm. et path.* 1869.

Dumenile. — *Gazette hébdomadaire*, 1867.

Charcot. — Revision nosografique des atrophies musculaires. — Progr. Méd. 1885.

— *Oeuvres Complètes.* Tom. IV. p. 39.

— *Archives de physiol. norm. et path.* 1870, p. 747 e 453.

— Leçons sur les localis. dans les mal. du cerveau. *Paris*, p. 161.

Erb. — Dystrophia muscularis progress. *Deutsche. Zeitschr. f. Nervenheilk-* 1891.

Erb. — Ein Fall. von doppelseit. fast vollständ. Fehlen d. Musc. Cucull. *Neurol. Centralblatt*, 1889, 1 e 2.

Möbius. — Ueber infantil. Kernschw. *Münch. Med. Wochenschr*, 1888.

— Ueber die heredit. Nervenkr. — *Volkmann's Vorträge 79.*

Leyden. — a) *Klinik des Rückenmarkskrank.* 1876. — b) Arch. f. Psych. u. Nervenk. Bd. VIII. 1878. Ueb. progr. amyotr. Bulbärparal.

Friedreich. — Ueber progress. Muskelatrophie, über wahre und flasche Muskelhypertrophie. *Berlin* 1873.

Siemmerling. — Ueber hereditäre progr. Muskelatrophie. *Zeitsch f. Klin. Med.* — Bd. VIII 1883.

Landouzy et Dejerine. — De la myopathie atrophique progr. *Revue de Méd.* 1885.

Knoll — Ueb. paralys. pseudohyp. — *Med. Jahrb.* 1872.

Strümpell. — *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde.* — B. II H. 6-1907.

Pick. — *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* VI, 1876; e *Berl. Klin. Woch.* 1885.

Kahler. — Ueb. die progr. spin. Amiotrophien. *Prager Zeits. f. Heilk*, 1884.

Vizioli. — Le amiotrofie. — *Giornale di Neuropatologia*, 1887.

Hoffmann. — Ueber progressive neurotische Muskelatrophie. *Arch. für Psych. und. Nervenkran.*, 1889.

— *Deut. Zeit. für Nervenk*, 1891, t. I, fasc. 1 e 2, p. 95.

— *Deut. Zeit. für Nervenk.* 1900.

Dubreuil. — Ètude sur quelques cas d' atrophie musculaire limités aux extrèmités, etc. *Revue de Médecine,* 1899, p. 441.

Marinesco — Contribution à l'étude de l'amyotrophie Charcot Marie.— *Archives de Medec. expérimen. et comparée* 1895, t. VI, p. 920.

Mondio.— Due casi di atrofia muscolare progressiva tipo Charcot-Marie— *Rivista italiana di Neurapatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, 1914.

Siemmerling. — Zur Lehre de spinalen neuritischen Muskelatrophie.— *Archiv. für Psych. und. Nervenkran.* 1898, t. XXXI. fasc. 1 et 2, p. 105.

Oppenheim und Cassirer. — Zur sogenannten neurotischen Form der progressiven Muskelatrophie. *Neurolog. Central*, 1896, n. 1, p. 718.

Placzek.— Klinisch-mikroscopische Beitraege zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. *Virchow's Archiv*, 1899, t. 158, fasc. 1, pag. 105.

Prof. E. BLEULER
Direttore della Clinica Psichiatrica di Zurigo

LA SINDROME DELLE BEFFE [1]

Quanto più noi penetriamo nell'etiologia delle nevrosi, tanto più rileviamo essere *la volontà per la malattia* (*Wille zur Krankheit*) un momento condeterminante di quelle. La maggioranza dei nevropatici hanno un motivo cosciente od incosciente per essere malati: la nevrosi porta loro una certa tal quale utilità.

Questa etiologia è generalmente riconosciuta in quel complesso sintomatico degli isterici detto *sindrome di Ganser*, che si osserva a preferenza nei soggetti sottoposti al carcere preventivo e che, con l'aiuto di una provvida psicosi, possono trarsi a buon mercato dall' impiccio. E' meno noto il fatto che anche nella costituzione schizofrenica possono verificarsi degli episodi morbosi di natura perfettamente analoga. Se degli schizofrenici hanno un qualsiasi motivo per essere malati (non è sempre però necessario che occorra a tal uopo un'inchiesta giudiziaria) allora essi *diventano* anche realmente e manifestamente malati. Molto dimostrative a questo riguardo sono le recidive che in tali circostanze si verificano nei manicomi. Una inferma migliora di tanto da poter essere dimessa. Ma ella ha spavento di riassumere gli obblighi e le cure famigliari; e ricade perciò più volte di seguito malata, non appena si pensa di rimandarla dal manicomio.

L'innamorato di una giovane tedesca — fino allora catatonica in latenza — vive in Svizzera e la giovane non vuole allontanarsi da lui. La famiglia la richiama a sè in Germania: ed ecco che essa cade malata e non può venir trasportata in patria. Poi guarisce, ma rende ancora una volta impossibile il viaggio per una susseguente ricaduta. Nella schizofrenia l'attacco psicopatico così insorto non dimostra per lo più caratteristiche speciali: si tratta

(1) *Das Faxensyndrom* — Psychiatrisch neurologische Wochenschrif n. 40. 1910-11. Traduzione autorizzata.

di una comune psicosi catatonica sia nel primo che nel secondo dei casi ora menzionati. Altre volte però la causa determinante dell'attacco si tradisce apertamente nella sintomatologia morbosa. Ciò si verifica ad esempio nello stato crepuscolare schizofrenico che rappresenta — analogamente al delirio isterico — una realizzazione di desiderii: l'amante abbandonata e allucinata si rappresenta, nell'allucinazione, di essere unita all'innamorato.

Se la malattia, rispetto al suo delirio desiderativo, sembra un prodotto accessorio del meccanismo psichico fondamentale che si sforza di sostituire imagini e stati affettivi penosi con altrettanti piacevoli, in altri casi invece essa costituisce il mezzo unico e diretto al conseguimento dello scopo: gli individui devono esser malati per venir assolti nell'istruttoria penale o per non dover ritornare in una situazione triste e penosa.

Nel delirio desiderativo il paziente stesso si rappresenta illusoriamente dei fatti specifici e concreti: nel resto dei casi la malattia si sviluppa come tale con tutte le sue caratteristiche morbose. Nella sindrome di Ganser questa simulazione dà a tutto il complesso sintomatico la sua particolare impronta: nel senso che il paziente sottoposto ad interrogatorio dice o fa sistematicamente tutto il contrario o l'inverso di ciò che si attende da lui. Qui la simulazione procede dall'idea che un malato mentale deve far tutto malamente (cioè « a rovescio »): in altri casi che il malato mentale non deve far altro che sciocchezze. Coerentemente a ciò tali malati si sforzano di fare ciò che fanno i clowns, cioè un mondo di stupidità. Il tipo di Ganser recita la parte dello scemo, cioè il mondo a rovescio, perchè in ogni singolo caso fa tutto il contrario di ciò che si attende. Il psicopatico burlesco invece (Faxenpsychotiker) realizza la finzione senza apparente motivo, perchè fa delle cose che l'uomo normale non farebbe.

Io ho osservato finora la sindrome delle beffe solamente nella catatonia: ma è ben possibile che, in determinate circostanze, si presenti qualche volta anche negli isterici. Mi sembra però che l'isterico, il quale conserva sempre un certo decoro personale, non sia capace di recitare la parte dello scemo così facilmente come il catatonico: al quale manca, in genere, il senso del contegno e cui poco importa della propria posizione di fronte al suo prossimo.

Sul terreno della schizofrenia la sindrome delle beffe non comparisce naturalmente isolata. Accanto ad essa troviamo sempre altri sintomi della malattia fondamentale: e vi troviamo — ciò che è degno di nota — non solo i sintomi permanenti (disturbi dell'affettività, dell'associazione ecc.), ma anche quelli accessorii che si accompagnano di solito al delirio schizofrenico (allucinazioni, idee deliranti ecc.); per quanto questi, nei singoli casi, non siano affatto necessarii al conseguimento dello « scopo della malattia ». Il movente determinativo del delirio si esprime sintomaticamente solo con buffonate: gli altri elementi di esso sono quelli della comune costituzione schizofrenica e vengono messi in azione da una qualunque causa, secondo un meccanismo preformato. Ciò avviene precisamente come, in determinate condizioni, si svolge, da uno stimolo qualsiasi, un attacco epilettico. (Debbo però aggiungere che nel Ganser schizofrenico possono mancare i sintomi accessorii della schizofrenia).

Ad illustrare quanto ho detto, riporto brevemente due casi clinici. E' vero che la buffoneria non è facile a descriversi, ma i due casi sono così chiari e somiglianti che i miei stessi infermieri li identificarono fin dal primo giorno di osservazione.

I. Battiloro di 33 anni. L'anamnesi familiare è poco sicura. Arrivò alla quarta ginnasiale; rinunciò agli studi classici perchè volle diventare elettrotecnico; poi abbassò ancora le sue pretese e finì per fare il battiloro. Fu scartato da soldato per debolezza cardiaca ma solamente dopo due anni di servizio. Fu sempre alquanto strano. Faceva, nella sua fantasia, progetti colossali. Studiò ogni sorta di libri, anche di magnetismo: era vegetariano e molto moderato in tutto. Cercava la compagnia, ma era allegro e vivace solo quando incontrava delle persone che condividessero le sue idee: era molto onesto. Non si adattava mai per lungo tempo ad una stessa occupazione: vi restava applicato in media non piú di 4-5 mesi. Condusse dapprima un' azienda propria, in America, insieme al fratello: ma presto se ne separò. Lavorò in Europa; prese moglie a 26 anni e non fu molto felice nel matrimonio. Ritornò in America: volle fondare una nuova azienda con un socio: litigò ben presto con costui e finì per abbandonare il negozio. A questo punto cadde malato di mente e fu internato per otto mesi in un manicomio dal quale uscì molto migliorato. Dopo lavorò in varii luoghi: finalmente se ne venne a Zurigo senza plausibili motivi: quì rimase senza lavoro, col carico della famiglia addosso, finchè si ridusse completamente al verde. Egli sperava di ricavare ancora qualche utile dalla vendita dell'azienda: ma trattò l'affare con tanta spensieratezza, che perdette probabilmente tutto. Cercò allora aiuto presso il

suo Consolato, presso le Associazioni di mutuo soccorso, ma inutilmente. Allora incominciò a dar scandalo in casa, menò le mani, dovette essere portato prima alla polizia poi in manicomio. In questura si mantenne rigido e mutacista. Passando dalla stanza di ammessione alla sezione, ebbe angoscia, paura e presentò un attacco di furore. Subito dopo parlò col medico in maniera esageratamente cortese ed incominciò a gesticolare in modo strano. Disse di essere l'imperatore di Germania. Nei 14 giorni susseguenti dovette esser tenuto in cella: faceva continuamente delle buffonate, dei gesti caricati con le mani, le gambe, la testa, delle smorfie: batteva le mani sui ginocchi, sul petto, sul fronte; applaudiva freneticamente ecc. ecc. Qualche volta guardava fisso dinanzi a sè: ma se vedeva il medico interessarsi a lui un pò più a lungo, egli lo guardava dando chiaramente l'impressione di voler spiegare o motivare le sue finzioni. Qualche volta i suoi movimenti parevano avere un senso anche se erano caricati: « si aveva l'impressione che facesse qualche cosa innanzi ai presenti come per esprimere qualche cosa. » Così pareva che dirigesse un'orchestra: qualche volta eseguiva dei movimenti come di minaccia o di difesa: sempre però con manifesto carattere di simulazione, di affettazione e di caricatura. Spesso muggiva, batteva sui bordi del letto e schiamazzava insoffribilmente: ebbe per ciò spesso degli ipnotici e dei bagni. Quando fu messo in bagno la prima volta, disse: Non ho mai visto un bagno simile: è fatto secondo l'arte: così preciso ed esatto come lo indica *Priessnitz*. Nel corso di poche settimane divenne un pò più tranquillo; faceva però ancora molte buffonate: imitava la voce degli animali, fischiava a più non posso giorno e notte senza riguardo ai vicini: continuava a tirar bastonate contro i medici e gli infermieri quando questi si avvicinavano a lui; graffiava, faceva spesso dei profondi salamelecchi ad uso degli orientali.

In capo a cinque settimane si fece abbastanza ordinato esteriormente. Si ricordava di tutto, ma non poteva — alla moda dei catatonici — dare alcuna logica spiegazione del suo contegno progresso. Riconosceva i medici ed i malati vicini. « Ciò che egli faceva pareva assurdo, ma anche nelle più grandi assurdità ci può essere un senso. *La causa spiegava tutto.* Aveva la moglie malata. Dovette partire dall' America; cercò lavoro o danaro: non trovò nè l'uno nè l'altro: tutte le sue speranze andarono deluse: rischiò di venir gettato sul lastrico e patir la fame con tutta la famiglia. » Un' altra volta disse: « I movimenti (strani) avevano lo scopo di alleggerire la penosità della malattia. » Sentì anche delle voci, ma di queste non diede alcuna spiegazione. Ad un amico scrisse una lettera nella quale attribuiva la sua malattia di nuovo alla miseria: ma si affrettava a soggiungere che era stato internato in manicomio senza sufficienti motivi. Una terza volta ascrisse la malattia ad un avvelenamento da funghi che avrebbe mangiati molto tempo prima.

Un giorno in cui, dopo un minuto esame, gli si parlò della possibilità di venir dimesso ed ebbe contemporaneamente la visita della moglie, che lo aveva eccitato anche sessualmente, ricadde in un nuovo episodio morboso, perfettamente simile al primo e che durò circa 14 giorni. Migliorò in seguito poco a poco, senza però guarire del tutto. La moglie, dopo un soggiorno di 9 settimane venne a rilevarlo: ma già sulla via del ritorno egli le fece una scenata, imprecando contro il manicomio, dove gli avevano dato a cucchiaiate intere i peggiori veleni.

Si tratta in questo caso di un individuo che fallì fin dalla pubertà; non potè rimaner mai fermo in alcun posto, fece grandiosi progetti scientifici e pratici; ma naufragò da per tutto. In uno stato acuto di bisogno, all' età di circa 30 anni fu ricoverato per otto mesi in un manicomio, dal quale uscì migliorato. La seconda volta, poichè se ne stava senza scopo e senza mezzi con la famiglia in un paese straniero, fu colpito da un accesso psicopatico col carattere di una sindrome delle beffe, che migliorò pure dopo alcune settimane, ma senza guarire del tutto. Il giorno in cui gli si parlò del suo licenziamento e la moglie era venuta appunto per ciò a visitarlo, ricadde automaticamente. Fu alla fine dimesso calmo, ma non guarito.

II. Soggetto di anni 35: propriamente tornitore, ma che da parecchio tempo non esercitava più il suo mestiere. Anamnesi remota sconosciuta. Vagabondaggio schizofrenico in diversi paesi (sebbene il soggetto fosse già ammogliato) che egli giustifica con ipotetiche necessità di commercio. Si trovò a Zurigo un bel giorno totalmente sprovvisto di mezzi e senza poter più ricevere danari. Cominciò in un'osteria a molestare gli avventori e fu portato alla questura in camera di sicurezza. Qui si diede improvvisamente a menar colpi con una caffettiera agli altri detenuti ed ai poliziotti accorsi, così che ci vollero non meno di sei uomini per ridurlo all'impotenza e legarlo.

All'ammessione in manicomio stava seduto tutto d'un pezzo e guardava fisso col naso per aria. Non rispondeva a tenore; pronunziava soltanto delle frasi staccate:

« Se mi hanno portato qui troppo presto.... »

D. Come state?

R. Sto seduto.

Poi incominciò a fare delle buffonate, dimenandosi con le gambe, con le braccia, con la faccia e parlando a sghimbescio.

Correva attorno alla stanza come un bambino: stuzzicava gli altri malati, era ogni tanto impulsivo, faceva smorfie, moveva le braccia come per manipolare qualcosa: poi alzava una gamba in alto, poi tutte e due:

faceva grotteschi esercizi schermistici, chiudeva con forza gli occhi, tastava con le braccia stese come se cercasse qualcosa a tentoni.

Se si avvicinava ad un infermiere lo prendeva a cazzotti; ma, eccettuati i primissimi tempi dell'internamento, fu raramente aggressivo contro i malati. Nel bagno si conteneva diversamente: stava per lo più rigido, fissava l'infermiere con lo sguardo, lo insultava e passava a vie di fatto. Parlava poco. Nelle risposte alternava il francese, che conosceva un pò, col tedesco. Poi ammassava delle sillabe slegate: mi mi mi mi mo mo mo mo a la la la la bo bo bo.

D. Che cos'è questo? (cavolorapa).

R. « Una cavolorapa, ma non una cipolla, stupida carota »

D. Orologio?

R. « Hora, bup, berp, bup.

Conosce l'orologio e le ore: sa leggere correttamente, ma spesso si inciampa o si interrompe per dire corbellerie o fare delle smorfie. Interrogato sulla moglie risponde: « mia mo.... mi.... ma.... moglie mi ha bi.... be.... trat... tratt. tutt. » Spesso, quando lo si avvicinava, diceva senza essere interrogato e senza motivo esteriore:

« Io sono intelligente » dimostrando con ciò di sapere assai bene in quali acque navigasse.

Dimostrava chiaramente una certa fuga di idee, per quanto di modico grado. La disposizione dell'umore era fondamentalmente triste: si osservava il sintomo di *Veraguth* (retrazione della palpebra superiore verso il margine interno come indice del dolore psichico). Ma con la bocca e col timbro di voce rideva o sorrideva.

Nel volgere di due settimane il malato si ridusse man mano più trattabile: le beffe diventarono più rade ed alla fine cessarono del tutto. Gli fu promesso aiuto e ciò evidentemente lo calmò assai. In un esperimento di associazioni rispose bene: solo il tempo di reazione era un pò rallentato. Interrogato sul suo contegno, si mise a ridere ed affermò di aver dovuto tranquillizzare la moglie. Tuttavia doveva essere incaricato di una missione importante, forse diplomatica. Un amico gli aveva fatto un segnale col fischio per intendersi con lui, per svegliarlo, per farlo stare allegro.

D. Ma dunque lei è stato triste?

R. « Triste perchè ho pensato alla famiglia. »

Le buffonate egli le faceva per dimostrare che sapeva anche essere allegro. Negli stati di eccitamento diceva di sentire della musica, di litigare con la moglie, di rammentare antichi ideali dolendosi che la moglie non avesse saputo realizzarli. Era fautore dell'alleanza austro-germanica: pensava di essere l'imperatore Francesco Giuseppe e di doversi difendere da un attentato. In una breve relazione scritta che egli compose sul suo « stato di trance », affermava di aver comunicato col padre (per quanto

sapesse che era morto già da un pezzo) presentandogli il registro dei suoi peccati.

« La mia testa gira come se fosse un caleidoscopio. Una volta pensai di recitare la parte di un Messia e credetti veramente di aver sofferto piú volte la sua morte. Poi credetti di essere il capo dei massoni: e questa parte mi piacque più di tutte. Io raccolsi per questo tutto ciò che v'era di buono intorno a me: mi credetti felice perchè credevo felici tutti quelli che mi circondavano. »

Subito dopo dichiarò che era stato imprigionato per spionaggio. Quando poi io gli chiesi spiegazioni di ciò, egli mi confessò spontaneamente, senza che in alcun modo io lo avessi messo sulla strada: « Ma sa lei che io ho *dovuto* fare cosi? In verità io sono venuto in manicomio volontariamente. Qualche cosa dovevo fare. Mi rivolsi al mio Consolato, che non mi aiutò: avrei voluto aprire qualche negozio, ma non avevo documenti nè danaro. In patria non potevo tornare, per la mancanza di mezzi. » Tutto questo fu detto dal paziente con una certa aria di mistero come se qualche occulta macchinazione ve lo avesse costretto. Richiesto perchè avesse fatto tante buffonate rispose: « *So bene di averle fatte: ma le ho dovuto fare. Veramente in principio mi sembrava come se fossero state volontarie, ma poi continuarono da sole senza la mia volontà.* »

In un consulto plenario tenuto con i miei medici, mentre i sintomi catatonici erano alla loro acme, il malato sentì che noi giudicavamo la sindrome delle beffe come determinata da una situazione di bisogno. Ora, se è improbabile che egli abbia potuto seguire il nostro gergo scientifico, non è meno certo che l'ultima osservazione psicologica, che io ho sottolineato, è uscita tutta intera dal suo cervello. Coerentemente a ciò egli fu in grado di comprendere perfettamente bene la genesi della malattia ed ammise da solo proprio quella che noi stessi avevamo conchiuso in altri casi, in base a circostanze ed a sintomi perfettamente analoghi.

Più tardi cominciò ad allontanarsi dalla realtà: non si faceva alcuna esatta idea della sua situazione e volle una volta scusarsi dicendo che non era stato affatto confuso, ma che aveva preso una solenne sbornia. All'obbiezione che una sbornia non può durare 14 giorni, rispose tuttavia in modo non catatonico.

Un uomo che già da vari anni non è più capace di esercitare il proprio mestiere, arriva in un paese straniero nella più nera miseria e rischia di venir carcerato per scrocco. Incomincia allora a fare delle buffonate: viene ammesso in manicomio e qui, a lato delle beffe, presenta una sindrome catatonica assai chiara: mutacismo, rigidità, dissociazione della mimica, (Veraguth e riso labiale contemporaneamente), delirio confuso. Dopo l'accesso psicopatico presenta remissione parziale. Ma egli ammette sponta-

neamente di aver *dovuto* fare le buffonate e le motiva con una argomentazione doppiamente catatonica: primo, perchè dice che non avrebbe potuto in altro modo trarsi d'impaccio; secondo perchè ritiene (in modo impreciso) di esservi stato costretto da altri.

Il caso attuale è dunque identico al soggetto con sindrome di Ganser descritto da Jung (1) nel quale una simulazione a metà intenzionale « era scappata di mano » e si era in seguito evoluta come delirio a sè.

---

(1) Iung.—Aerztliches Gutachten über einen Fall von Simulation geistiger Störung. — Schweiz. Zeitschr. f. Strafrecht 1904, p 55.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

Dr. NICOLA CASILLO

Il trattamento ipoclorurato in rapporto alla cura bromica comune nell'epilessia e nelle malattie mentali

Sono noti i risultati favorevoli ottenuti da alcuni sperimentatori col trattamento sedobromico nell' epilessia ed in generale in tutti quei casi nei quali per ottenere un effetto sedativo, con assai scarso vantaggio finora si è somministrata la cura bromica ordinaria.

Le ricerche sono fondate sul principio stabilito dall' *Ulrich*, che dopo studi prolungati ed accurati nell' Istituto Svizzero per epilettici di Zurigo osservò come l'azione del bromo resta grandemente diminuita dal cloruro di sodio ingerito con gli alimenti. Egli definì in modo esatto i vantaggi e gli svantaggi della dieta ipoclorurata, nella sua prima ed estesa relazione pubblicata nel 1912.

Ma anche prima la dieta ipoclorurata ebbe numerosi sostenitori; nel 1866 *Hughlings Jackson* (« Substitution Nutrition ») parlava di una sostituzione nell'organismo dei cloruri coi bromuri.

Richet e Toulouse nel 1899 preconizzavano questo trattamento per epilettici e più tardi *Leva* (1910) segnava le norme per una dieta opportuna, senza però risolvere il problema a vantaggio della dieta stessa dal punto di vista della tollerabilità

Il problema della terapia bromica sembra oggi felicemente avviato con l'introduzione, in psichiatria, del « Sedobrol Roche » un preparato composto di bromuro sodico, di pochissimo cloruro di sodio, grassi e sostanze estrattive vegetali che eliminando gli inconvenienti della dieta ipoclorurata ne aumenta sensibilmente la tollerabilità ed i vantaggi.

La serietà degli studi compiuti al riguardo in alcuni manicomi e l'importanza attribuita al nuovo preparato nella terapia

delle malattie mentali ci spinsero a sperimentarla ed a pubblicare i lusinghieri risultati con esso ottenuti.

Si scelsero tredici ammalati epilettici di forma clinica diversa, ai quali da tre mesi era stato soppresso qualsiasi trattamento: iniziai la cura sedobromica nei primi giorni del mese di settembre protraendola fino a tutto novembre. La somministrazione del Sedobrol fu sospesa immediatamente dopo: e per stabilire un rapporto fra i due metodi di cura ripristinai dopo un intervallo di quindici giorni, agli stessi ammalati la cura dei sali bromici in una dose di bromo maggiore di quella contenuta nelle tavolette di sedobrol.

Modalità di esperimento

Solamente per quattro ammalati venne preparata la minestra senza sale; per gli altri si cominciò con due tavolette di sedobrol al giorno sciolte in circa cento cm. di acqua calda al mattino, a distanza di quattro ore dal primo pasto.

Dopo alcuni giorni portai a tre il numero delle tavolette e solamente in alcune crisi convulsive ne furono assegnate quattro, divise in due al mattino e due di sera. Dal primo giorno ho notato il pieno gradimento degli ammalati nel ricevere il brodo fatto col sedobrol; anche quelli che per tre mesi ebbero la minestra preparata a parte col brodo stesso non dimostrarono mai segni di nausea.

Riporto ora brevi notizie sugli epilettici sottoposti all'esperimento:

I. C. Giuseppe da Calitri (Avellino) di anni 29 contadino. Ammesso in Manicomio il dì 31 marzo 1910. Da bambino soffre attacchi convulsivi epilettici. Questi negli ultimi anni si sono mantenuti frequenti e violenti, seguiti da intensa confusione mentale.

Nei brevi periodi di tregua ha manifestato sempre un carattere irascibile, capriccioso, talvolta aggressivo.

Prima dell' esperimento e propriamente nel mese di agosto il C. ebbe ventiquattro convulsioni e fu confuso ed agitato. Iniziata la cura sedobromica, gli accessi convulsivi diminuirono gradatamente, ed in dicembre se ne contarono appena cinque; migliorò anche il contegno dell'infermo, che apparve tranquillo ed ordinato. Crebbe l'appetito; ed il sonno prima interrotto divenne

regolare. Alla ripresa del trattamento bromico cessò il miglioramento e l'infermo riapparve in poco tempo nello stato primitivo.

II. C. Felice di Michele da Cerignola (Foggia) di anni 28, contadino. Ammesso in Manicomio il dì 11 marzo 1913. Mancano notizie anamnestiche precise. Si è notato una discreta frequenza degli accessi convulsivi senz'alcuna modificazione psichica nell'infermo, che si è conservato buono, docile, disciplinato, lievemente depresso.

Con la cura sedobromica gli accessi si ridussero a due nel mese di Dicembre da diciotto, quanti se ne contarono nel mese di Agosto. L'infermo acquistò una serenità di umore e migliorò molto nelle condizioni fisiche. Dal bromuro di potassio ricevuto in seguito non ebbe alcun beneficio; le convulsioni anzi ritornarono in pochi giorni frequenti ed intense.

III. C. Olindo di Giuseppe da Castropignano (Campobasso) di anni 20, artigiano. Ammesso in Manicomio il dì 7 Novembre 1909.

Bambino soffrí ileo-tifo ed eclampsia.

Presenta una deficienza evolutiva psichica più che nel campo intellettivo in quella dei sentimenti e della condotta in genere. Ricoverato dapprima in un Istituto ortofrenico venne inviato al Manicomio appunto per la sua spiccata eccitabilità ed impulsività che ha sempre conservata. Gli accessi convulsivi non sono stati mai frequenti, nè si accompagnano a disturbi psichici notevoli. Una profonda modificazione del carattere si dimostrò appena pochi giorni dopo avere iniziato il trattamento sedobromico. Si notò una insolita calma ed una docilità, per la quale fu possibile l'adattamento dell'infermo in qualche lavoro. Lo stato di tranquillità seguitò per poco con l'uso dei bromici, ripresentandosi con maggiore accentuazione il carattere epilettico.

IV. L. Pasquale di Agostino da Barletta di anni 21, contadino. Appena cinquenne in seguito ad un trauma alla testa presentò i primi accessi convulsivi a tipo jaksoniano del lato destro, ai quali successero dopo qualche tempo gli accessi motori classici, violenti. La evoluzione psichica è stata difettosa in particolare nei sentimenti e nella condotta amorale e disordinata.

Le convulsioni sono state sempre rare, frequenti invece le vertigini e le assenze.

Durante il primo mese di trattamento sedobromico non ha dimostrato alcuna modificazione nei disturbi epilettici. Cadde

anzi in uno stato di stupore e di maggiore disordine degli atti: alla fine del secondo mese si presentò cosciente, riordinato nel contegno e meno soggetto alle manifestazioni epilettiche. Durante il terzo mese dello speciale regime e senza dimostrare alcuna riluttanza alla minestra servitagli col brodo, l'infermo provò una sensazione di benessere, dichiarandosene soddisfatto ed appena due volte fu colpito da vertigini. Dieci giorni dopo la sospensione del sedobrol i disturbi epilettici ritornarono con maggiore intensità, nè rimasero attenuati dal consecutivo trattamento bromico.

V. G. Gioacchino di Angelo da Salerno, di anni 33, tipografo. È stato ricoverato altre volte in Manicomio, dove venne ammesso l'ultima volta il dì 11 maggio 1907.

Da bambino è sofferente di convulsioni epilettiche, che prima lievi e rarissime, divennero frequenti dopo una violenta emozione. Durante gli ultimi tempi del suo ricovero ha rivelato gravi disturbi psichici postconvulsivi (duratura agitazione, confusione mentale, disordini allucinatori, impulsività). Questi mancarono completamente nel corso della cura sedobromica, ed appena una breve fase di stupore seguiva talvolta agli accessi convulsivi. L'infermo, che apparve anche migliorato nello stato di nutrizione, si dimostrava particolarmente soddisfatto del brodo e lo ricercava vivamente attribuendo ad esso il suo benessere. Sospesa la cura, e pure ricorrendo a dosi elevate di bromuri ritornarono le gravi manifestazioni epilettiche, che tuttora durano.

VI. M. Feliciano di Domenico da Pratola Serra (Avellino) di anni 29, contadino.

Il ricovero data dal 9 settembre 1902.

Mancano le notizie anamnestiche.

Con un grado di lieve arresto di sviluppo psichico rivela un carattere epilettico che si accentua immutabilmente nel periodo pre-convulsivo. È stato uno degl'infermi che senza disgusto ha preso al pranzo la minestra sedobromizzata. Per alcuni giorni appena iniziato lo speciale trattamento, si notò depresso, quasi stordito e più del solito disordinato in ogni sua manifestazione.

Si riebbe lentamente, passando in uno stato di tranquillità e di discreto riordinamento degli atti, mentre le convulsioni, prima frequenti e ripetute, si facevano rare e non sempre precedute dai soliti disturbi psichici. Cessata la cura, dopo pochi giorni si ripristinarono tutti i fenomeni accessuali, che si man-

tengono, malgrado la ulteriore cura bromica somministrata a dose piuttosto elevata.

VII. F. Giuseppe di Ignazio da Corato (Bari) di anni 14, contadino. Ricoverato in Manicomio il dì 28 ottobre 1911. Da sei anni soffre di convulsioni epilettiche ed ha subìto un arresto di sviluppo psichico.

Nel trimestre precedente alla cura sedobromica presentò 74 accessi convulsivi gravi, seguiti da intensa confusione mentale ed apparve notevolmente decaduto nelle condizioni generali.

L'uso del sedobrol gli giovò rapidamente riducendosi lo stato convulsivo, ed in speciale modo migliorando in nutrizione. Negli ultimi giorni della cura, l'infermo aveva lasciato il letto, al quale era stato obbligato per vari mesi, e si dimostrò tranquillo, ordinato nel contegno. Con la sospensione del sedobrol, ritornarono frequenti ed intensi gli accessi convulsivi accompagnati a confusione ed a viva irrequietezza, che si mantennero pure durante la susseguente cura bromica comune.

VIII. R. Giuseppe fu Domenico da Turi (Bari) di anni 46, sarto. Ricoverato dal 10 luglio 1908. All'età di dodici anni senza causa apparente si manifestarono le prime convulsioni epilettiche, queste però sono state sempre molto rare nè determinarono una modificazione psichica nell' infermo. Il carattere invece fu eccitabile, permaloso, prepotente, e tale si è mantenuto durante il ricovero.

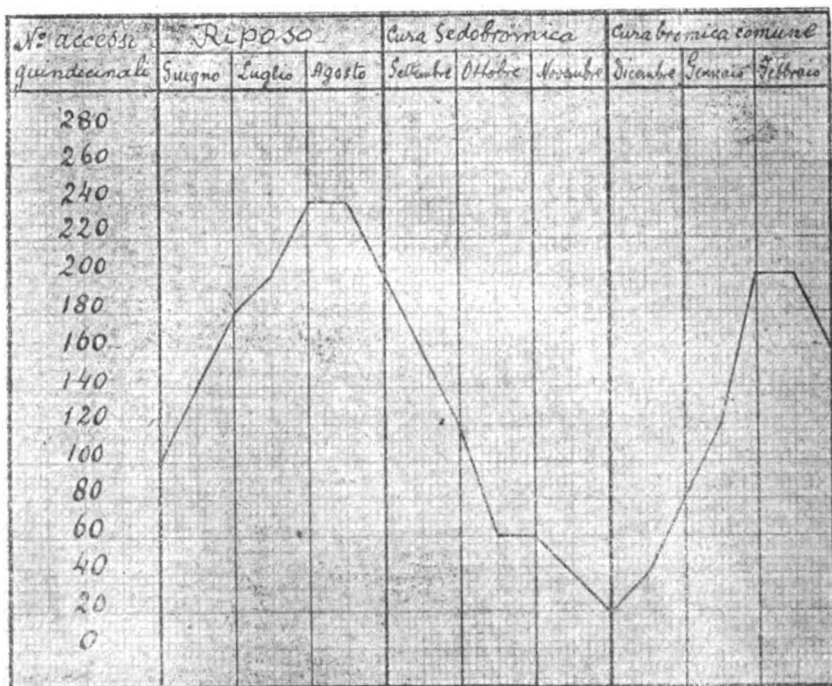
Iniziato il regime sedobromico l'ammalato apparve ben presto assai meno capriccioso ed irritabile; si fece socievole con i compagni, piegandosi ad ogni genere di lavoro. Sospesa la cura, ed incominciata quella bromica, ritornò alle condizioni primitive.

IX. E. Giovanni fu Antonio da Cava dei Tirreni (Salerno) di anni 35, fabbro. Fin dall' infanzia ebbe accessi epilettici. Si dimostrò svogliate al lavoro, irascibile, violento anche nei periodi intervallari. Da otto anni è ricoverato nel Manicomio. L'attacco convulsivo non è stato mai semplice o leggero: preceduto da irrequietezza e da forte irrascibilità ad esso seguiva per lo più uno stato stuporoso prolungato; spesse volte ha presentato stati postoconvulsivi di grave agitazione psico-motoria con delirio allucinatorio.

Durante il primo mese di trattamento sedobromico rimase immutato il numero degli accessi convulsivi, che però diminuirono in intensità, nè ad essi seguirono mai i passati e gravi disturbi psichici.

Negli altri due mesi di cura i fatti accessuali furono assai meno frequenti e di lieve entità. Nel corso della cura bromica le manifestazioni epilettiche si riprodussero completamente.

Negli altri quattro casi: S. Raffaele di Michelangelo da Sant'Angelo all'Erba (Avellino) di anni 39, M. Francesco di Raffaele da Belvedere Marittimo (Cosenza) di anni 16, A. Gaetano fu Leonardo da S. Giacomo degli Schiavoni (Campobasso) di anni 26, e G. Antonio di Michele da S. Angelo dei Lombardi (Avellino) di anni 15, i primi tre frenastenici epilettici ed il quarto epilettico semplice, non avendo rilevato mai nulla di notevole dal lato psichico, il trattamento sedobromico attenuò la frequenza degli accessi convulsivi, derivandone un sensibile miglioramento del fisico degl' infermi. Con l'ulteriore cura bromica il giovamento cessò in un tempo più o meno breve.

Il risultato così favorevole ottenuto dal trattamento sedobromico in rapporto agli effetti ricavati negli stessi ammalati con la cura bromica comune si rileva esattamente dalla grafica delle somme degli accessi convulsivi quindicinali.

La riduzione degli accessi convulsivi complessivamente è quasi del 50 %; ma più importanti si sono verificate sin dall'inizio dell'esperimento la diminuita violenza degli attacchi medesimi e la grande attenuazione dei disordini psichici post-convulsivi, come nei casi I-V-IX, che in una forma intensa hanno sempre manifestato. Nei periodi di tregua l'influenza benefica del regime sedobromico si è rivelata egualmente con una sensibile modificazione del contegno degl'infermi: una calma insolita subentrò ai periodi d'irrequietezza, scomparvero o rimasero isolati gli scatti impulsivi, i capricci prepotenti e le tendenze distruttive. Le idee ipocondriache e la depressione epilettica, (come nel caso II) cedettero il posto ad una calma serena e ad un senso di benessere.

Resta adunque ancora una volta confermato il concetto della perfetta bromurazione ottenuta mediante il trattamento bromico ipoclorurato del « Sedobrol »; come ne ho già innanzi rilevata la perfetta tollerabilità da parte di tutti i malati durante i tre mesi di esperimento. Così pure non ho mai verificato fenomeni di bromismo per i quali così spesso si rende necessaria la sospensione della cura bromica comune.

Un altro vantaggio notevole del sedobrol è costituito dalla esatta e costante dosabilità dell' elemento bromo e dalla giusta combinazione di questo col cloruro di sodio per raggiungere nell'organismo la completa bromurazione. Il nuovo preparato, dopo i numerosi ed inutili tentativi compiuti nel passato per altri rimedi nella cura dell'epilessia mi sembra costituire un medicamento veramente razionale; e se esso resta oggi ancora poco usato per il prezzo ancora relativamente alto, sono persuaso che non tarderà a diffondersi per i risultati che con essi si ottengono. A questo fine potrebbe concorrere ancora validamente la ripresa degli studi sul meccanismo biologico e chimico dell'epilessia, che molte dissertazioni scientifiche finora hanno prodotto ma ben poco dal lato pratico hanno conseguito.

Incoraggiato dall'efficacia del sedobrol nell'epilessia, ho voluto impiegarlo come sedativo anche in altre malattie mentali. Tralascio per brevità i particolari dei diversi casi sottoposti all'esperimento, e mi basta affermare che negli stati intercorrenti di eccitamento dei frenastenici o di dementi precoci, come in un caso di frenosi maniaco-depressiva, nelle forme di malinconia

ansiosa ed in diversi casi di agitazione psico-motoria per disordini deliranti e sensoriali, l' effetto del sedobrol è stato sempre rapido e sicuro. Somministrato di sera, ha esercitato una vera azione ipnotica, regolando il sonno ed il riposo a letto.

Nella pratica privata ho usato il sedobrol con ottimo effetto in una donna isterica, soggetta da quattro mesi a convulsioni violente e ripetute ogni giorno. Inutilmente erano state tentate le cure elettroterapiche e psico-terapiche: le convulsioni persistevano con eguale frequenza ed intensità: aumentarono piuttosto i disturbi vasomotori, l'insonnia ostinata e la esagerata emotività.

La somministrazione di due tavolette di sedobrol al giorno arrestò in meno di una settimana la serie degli attacchi e nello spazio di quindici giorni scomparve ogni altro disturbo. L' inferma ha continuato per oltre un mese il regime sedobromico, migliorando notevolmente nello stato di nutrizione, e non accusando alcun segno della sua malattia nei quattro mesi trascorsi dopo la sospensione della cura.

Riassumendo i risultati delle mie osservazioni posso conchiudere:

1.° Come anticonvulsivo il sedobrol è di sicuro vantaggio, riducendo la frequenza e la gravità degli accessi convulsivi.

2.° I disturbi psichici post-epilettici col regime sedobromico cessano o restano grandemente attenuati.

3.° Nei periodi di tregua è possibile ottenere una modificazione del carattere epilettico, rendendosi in tale modo gl'infermi adatti al lavoro con beneficio della tecnica manicomiale.

4.° L' uso prolungato di sedobrol non presenta inconvenienti.

5.° Parallelamente al miglioramento delle manifestazioni epilettiche decorre quello della nutrizione generale e del riposo notturno.

6.° Sospesa la cura sedobromica dopo breve tempo i fatti morbosi ritornano alle stato primitivo.

7.° Come sedativo il sedobrol agisce egualmente bene anche nelle altre malattie mentali.

8.° La cura bromica comune è di vantaggio assai scarso di fronte alla cura sedobromica.

Prof. M. LEVI BIANCHINI
(Manicomio Materdomini-Nocera Superiore)

LA LINGUA CEREBRIFORME CONGENITA
negli alienati, nei criminali, nei normali
(con 3 figure nel testo e 8 tavole fuori testo, XXIII-XXX)

I.

NOMENCLATURA

Lo studio che presento come contributo all'Antropologia generale e criminale, riguarda una particolarità morfologica congenita della lingua: la quale, osservata finora in vari casi, con diversi nomi, e dal solo punto di vista anatomo-patologico, rappresenta invece a mio avviso un carattere degenerativo non trascurabile della pazzia e della delinquenza; e trae appunto, dalla enorme sproporzione di frequenza confrontata con la norma, la sua reale importanza diagnostica e biologica.

Rari sono i casi di malformazioni congenite ed acquisite della lingua: fatta eccezione per i tumori.

I tumori della lingua portano un aumento di volume delle masse muscolari o della mucosa: ma tale aumento è costituito dal tumore e non ha nulla di caratteristico. Le forme più comuni sono *l'epitelioma* ed il *sarcoma*.

Un' alterazione acquisita sui generis, è data piuttosto dalle *glossiti* di cui la *dissecante*, rarissima, è fra le più gravi. Un caso personale mi venne riferito, vari anni or sono, da *Bonome*, direttore dell' Istituto di Anatomia patologica di Padova: la malattia aveva dato una vera emisezione della lingua che era stata divisa attraverso e lungo il solco mediano in due parti eguali e staccate quasi fino al rafe, come da un taglio reciso di bisturi. La glossite in parola sembrava essere stata una malattia acuta, dovuta forse ad una particolare ed accidentale attività necrosante, svoltasi lungo il solco mediano, per opera di speciali batteri patogeni. Era stata esclusa, nella patogenesi, la sifilide.

Una vera alterazione morfologica, congenita, legata a turbe dell'evoluzione ontogenetica o ereditarie, priva di qualsiasi di-

sturbo funzionale o anatomo-patologico, è costituita invece dalla *lingua cerebriforme congenita.*

Il termine « *cerebriforme* » è stato per la prima volta da me introdotto nella comunicazione di un caso clinico (1903) (1), che ancor oggi mi sembra uno dei più dimostrativi: mentre nei rari lavori compiuti anteriormente sull'argomento, la lingua cerebriforme era stata designata con svariati sinonimi e con paragoni più o meno imaginosi.

Così in Francia si conosceva la « *langue montagneuse, plissée, fissurale, scrotale* (*Horand*): in Inghilterra una *cracked tongue* (lingua spaccata); in America si parlò di una lingua simile ad un pezzo di carne cruda o ad una bistecca (*tongue ressembling beefsteak*), ma si adottò pure il termine « *scrotale* »; in Germania ed in Austria il *Kaposi*, propose l'appellativo *Fleischzunge* (lingua carnosa) il *Partsch* quello di *Faltenzunge* (lingua solcata, plicaturata), altri quello di « *geografica* » o « *dissecta* »: infine il *Payenneville* (2) in una completa monografia, posteriore al mio articolo, ma da cui traggo per cortesia dell' autore gran parte dei dati storici in seguito riportati, introduce il termine di « *langue plicaturée symetrique congénitale* »

Pur essendo tutti questi termini più o meno espressivi ed accettabili, a seconda dell'aspetto esterno delle varie lingue osservate, io rimango fermo su quello di « *lingua cerebriforme congenita* », come quello che meglio degli altri rende la morfologia del tipo che io considero come fondamentale e completo, e del quale gli altri costituiscono solo delle varietà minori, più o meno incomplete.

II.

STORIA

Il primo accenno ad una *cracked tongue* (lingua spaccata) si troverebbe, secondo *Payenneville*, nel « *Lancet* » del 1840.

Il *Godson* (3) la descrisse in due casi come sintomo ed effetto di una glossite acuta, ma trascurò forse di considerare se la malattia acuta si fosse piantata — come non è improbabile — su lingue congenitamente malformate.

Un secondo caso di alterazione congenita della lingua si trova esposto con grande chiarezza nell' articolo di un medico

Federici (4) del 1842, che ho potuto scoprire di recente. Si trattava di un ragazzo di 9 anni *nato con ipertrofia della lingua* e con un « nèo di adustione al labbro inferiore » perchè la madre, durante la gestazione, aveva visto un « orroroso quadro rappresentante un demone colla lingua fuori della bocca e colle labbra aduste »; soffrendone perciò « clonica convulsione, rendendosi oltremodo tetra di spirito, ed isterica »! Il *Federici* operò il ragazzo di glossotomia e mioglossorafia, riducendo alla norma il volume dell'organo. Questo presentava i seguenti caratteri: « grande ipertrofia della lingua che protubera fuori della dentaia per pollice 1 1/4 per prolasso sul mento, che oltrepassa la fossetta mentale per 1/4 di pollice: *solchi n.° 3 longitudinali nel corpo della lingua nella faccia superiore, de' quali due dalla base all'apice, l' altro a parte sinistra piu corto estendentesi dalla base sino alla metà, essendo profondo tre linee. Epitelio sormontato da papille fungiformi sviluppatissime, grande scabrosità nel tatto.*

È questo dunque un caso indubbio di lingua ipertrofica congenita con tre grandi solchi longitudinali dissecanti, cioè a tipo cerebriforme incompleto e rudimentale (striato).

Solo però assai più tardi il *Rigal* (5) nel *Dictionnaire de médecine et chirurgie* (1875) parla di un' affezione congenita della lingua compatibile con un stato di perfetta salute e descrive in modo non equivoco una lingua cerebriforme. Questo autore si esprime nel seguente modo: « *Il y a une légère hypertrophie générale de la lanque...... les papilles sont très saillantes, très développées; de distance en distance et sans aucun ordre, des sillons profonds divisent la muqueuse en segments inégaux* »

Nel 1877 *Vidal* (6) fece litografare una lingua analoga, il cui disegno è tuttora conservato nel Museo dello Spedale di San Luigi a Parigi. Al di sotto c' è solo questa citazione: Anomalie de la langue consistant dans une exagération congénitale des sillons normaux. »

Il *Lemonnier* (7) nella sua tesi sulla glossite marginale esfoliativa (1883) descrive una disposizione « normale » della lingua descritta come « *montagneuse* » da *Fournier* e « *scrotale* » da *Lyonnais* (?) Tale lingua esisteva oltre che nel soggetto ammalato di glossite, anche nella madre e nel nonno materno.

Butlin (8) senza dare un nome speciale, descrisse pure, nel suo trattato sulle malattie della lingua (1885) una lingua cerebriforme.

L'*Henry* (9) di Melbourne, studiando alcune malattie acute della lingua, rilevò uno speciale stato di questa: « *a peculiar condition of the tongue ressembling beefsteak* », di cui pure ammise l'origine congenita, per averla trovata in un' intera famiglia.

Una descrizione molto completa della lingua cerebriforme congenita si trova in seguito nel *Traité des maladies de la peau* del *Brocq*, (10) (1892). Discutendo di un caso di glossite marginale esfoliativa, questo A. nota un' evidente ipertrofia papillare ed ammette che gl' individui, portatori di una tale lingua, siano più facilmente disposti ad ammalare della glossite surricordata.

Nello stesso anno, alla Società viennese di Dermatologia, il *Pascikis* riferiva sopra una « *lingua geografica* », che il *Lang* ritenne cosí divenuta per eccesso di sviluppo del muscolo e per un conseguente adattamento entro alle arcate dentarie. *Kaposi* invece propose di chiamarla « *lingua carnosa* (*Fleischzunge*): « e l'*Ehrmann* osservava in questa « *la stessa disposizione di solchi come si rileva normalmente nella superficie del cervello.* »

Il *Partsch* (11) nello Stereoskopischer medizinischer Atlas, pubblicato da *Neisser* nel 1896, la considera come una *anomalia* non come una vera malattia e propone il nome di *Faltenzunge* (*lingua plicaturata, a crespe*): « perchè l'espressione *lingua dissecta* impiegata occasionalmente nella letteratura tedesca ricorda troppo la glossite disseccante, con la quale questa anomalia della lingua non ha niente in comune; e d'altra parte l'espressione francese di lingua scrotale manca leggermente di gusto: quantunque in realtà i solchi, con le loro striature, ricordino molto da vicino l'aspetto dello scroto. »

Nel 1899 il *Barthélémy* (12) e il *Bloch* (13) nella Revue de Stomatologie accennano alle combinazioni o meno di alcune malattie (*glossiti, leucoplasia*) con la lingua scrotale: il *Bloch* ne descrive un caso assai evidente in un giovane di 20 anni, ed esistente senza alcun altro disturbo: mentre il *Bàrthélémy* riferisce due casi di glossite esfoliativa e due di leucoplasia innestatisi su lingue scrotali.

Nel 1900 il *Chompret* (14), sulla stessa Rivista, porta un con tributo clinico alla « *langue fissurale* » e cerca anzi di distinguerne alcune varietà.

Gaucher et Milian (15) nel 1902 osservarono la lingua cerebriforme in un eredo-sifilitico ed ammisero — erroneamente — che la luce entrasse come massimo fattore nella patogenesi della

malformazione: il *Newborn* (16) di New-York riferì invece sopra una lingua scrotale accompagnata da glossite esfoliativa (wandering-rash) con esclusione tassativa della sifilide: mentre *Gastou e Chompret* descrivevano una glossite epiteliale pustolo-miliare in un soggetto pure portatore di lingua scrotale *congenita.* (17).

Hasler (18) pubblicò nell'agosto 1903 un caso di macroglossia con lingua scrotale in un degenerato, anche tarato mentalmente: e sarebbe stato questo il primo caso di lingua cerebriforme in un psicopatico lieve, se la mia comunicazione apparsa nel luglio 1903 (1) ma compiuta fin dal maggio, e riguardante una genuina psicosi epilettica tardiva, non l'avesse preceduto di qualche mese intero.

Segue nel 1905 la monografia di *Payenneville* (2) la più completa sull'argomento: che raccoglie tutti i 28 casi registrati nella letteratura, fino a quest'epoca, compresi i 9 personali dello autore.

In questi ultimi tempi, infine, il *Moretti* (19) descrisse un bell'esemplare di lingua cerebriforme, a tipo pressochè completo, trovato accidentalmente in un'idiota mongoloide (1913): e il *Dell'Erba* (20) nello stesso anno, pubblicò un caso di lingua striata o plicaturata semplice che erroneamente considera come uno « rara anomalia » che è quasi identica a quella descritta dal Federici (4) e la cui illustrazione grafica lascia, per di più, molto a desiderare.

Tutto sommato, i casi finora descrìtti nella letteratura, riguardanti la lingua cerebriforme e le sue varietà, sono circa una quarantina: quattordici su venticinque nuovi vengono da me illustrati come ulteriore documentazione iconografica dell' interessante anomalia Ma se si pensa che i casi da me osservati su 1705 soggetti sommano a 151 si converrà nel riconoscere che la lingua cerebriforme congenita totale o incompleta non è eccessivamente rara. Essa costituisce per ciò un elemento non trascurabile di studio della degenerazione somatica negli alienati e nei delinquenti; o per lo meno una piccola anomalia, non patologica, di sviluppo nell'ontogenesi e filogenesi dei soggetti ritenuti normali.

III.

MORFOLOGIA DELLA LINGUA CEREBRIFORME CONGENITA.

Il tipo più completo di lingua cerebriforme ritengo sia ancora quello da me pubblicato nel 1903 (1); quantunque anche altre raccolte da *Payenneville*, quella di *Moretti* e molte della mia attuale raccolta costituiscano degli esemplari assai dimostrativi di tipi completi o parziali, simmetrici o no.

Da tutti questi facilmente si può istituire il paragone con la lingua normale di cui credo tuttavia opportuno dare una breve descrizione: affinchè le differenze strutturali con la lingua cerebriforme vengano, fin da un'immediato esame, rese più evidenti.

La lingua normale (tav. XXIII fig. 1) presenta sulla mucosa dorsale uno stretto e lieve rientramento centrale longitudinale, *solco mediano* (*sulcus medianus*) che parte dalla prima (la più esterna) serie delle *papille circonvallate* e continua, sempre in direzione postero-anteriore, seguendo l'asse longitudinale, fino a perdersi nella punta. Esso corrisponde, topograficamente, al *setto fibroso* (*septum fibrosum*) più profondo. Questo setto, che nasce direttamente dall'osso ioide, segna, nella regione inferiore o posteriore della lingua, una divisione assai netta fra il muscolo *genioglosso* ed i muscoli *linguale inferiore destro e sinistro*. Esso si eleva, in seguito, verticalmente e perpendicolarmente nella *sostanza midollare* (*fibre trasverse*) che costituiscono la parte sostanziale delle masse muscolari della lingua: ed arriva finalmente e finisce negli strati inferiori (longitudinali) del muscolo *linguale superficiale* a 2-3 mm. di distanza dalla mucosa, senza però raggiungerla.

Il solco mediano della mucosa dorsale presenta una profondità generalmente minima, mai maggiore di 1-2 decimi di millimetro: alle volte è intero, diritto o lievemente ramificato: alle volte non se ne osserva che la porzione più vicina alla punta: è più o meno accentuato a seconda degli individui: tutta la rimanente superficie della lingua presenta un aspetto appiattito, uniforme, con delle lievissime striature oblique, assai spesso impercettibili, che sono più o meno esattamente marcate dalle *papille fungiformi e coniche* e che corrispondono, sopratutto verso

il bordo esterno, alle fibre obliquo-trasverse che derivano dai muscoli *stiloglosso* e *ioglosso.*

La parte corticale della lingua è costituita, al di sotto della mucosa, dalle *fibre longitudinali* del muscolo *linguale superficiale* (*superiore*); fibre che vanno assottigliandosi verso i bordi per confondersi in tale regione marginale con le fibre obliquo-trasverse dei muscoli già menzionati *stiloglosso* e *ioglosso.* Al disotto del muscolo linguale superficiale si trovano le *fibre muscolari trasverse.* Queste costituiscono la porzione più considerevole e intrinseca della lingua: esse si trovano, con il loro grasso interposto, fra il muscolo *linguale superficiale* (*superiore*) ed il *linguale inferiore* le cui fibre più contigue e vicine si allacciano e si incrociano con gli strati prossimali delle fibre trasverse. (*Chiarugi*, *Sappey*, *Testut*, *Kölliker*, *Romiti*, *Quain*, *Beaunis-Bouchard*, *Hirtl*, *Sobotta*, *Poirier* (21-26).

La lingua cerebriforme congenita dimostra invece delle rilevanti differenze che riguardano essenzialmente gli strati superiori del muscolo linguale superficiale e la mucosa dorsale. Tipo di lingua cerebriforme è la prima da me osservata (tav. XXIII fig, 1, XXIV fig. 2): e di questo offro la descrizione esatta, perchè tutte le altre lingue cerebriformi e le loro varietà più o meno complete, possono venir riferite a questo tipo, a caratteri morfologici singolarmente chiari e precisi.

La lingua, protrusa all'esterno, presenta un *solco mediano* (a) notevolmente infossato, non solo nel mezzo geometrico della superficie dorsale, ma ancora propriamente alla punta della lingua dove esso si origina, per dividersi subito dopo in *due branche* (a, b).

La prima branca (a), la più profonda e lunga, segue regolarmente la direzione e la posizione del solco mediano normale e gli corrisponde esattamente: ma invece di arrivare alla prima serie delle papille circonvallate, vi si arresta a $^1/_2$ centimetro di distanza.

A questo punto invece essa incontra *tre solchi trasversali* (x, y, z) ondulati, curvi, serpiginosi, paralleli, equidistanti fra loro di circa mezzo centimetro, l'ultimo dei quali soltanto, (che non si vede nella figura per esser troppo nel fondo) arriva alle prime papille vallate.

La seconda branca (b), più corta della prima, parte dallo stesso punto d'origine; si prolunga un pò obliquamente a sini-

stra, a 4 mm. di distanza e si arresta pure un pò prima a 5 mm. al disotto del primo grosso solco trasversale x.

Quasi paralleli alle due branche e solchi longitudinali centrali, esistono altri *due solchi longitudinali laterali* (c-d), della stessa lunghezza, natura e profondità, l'uno a destra l'altro a sinistra, ma interrotti da infossature trasversali brevi ed irregolari.

Ai bordi della lingua, dove le papille fungiformi e coniche segnano, con le loro lievi striature, in una lingua normale, la direzione delle fibre obliquo-trasverse dello stiloglosso e dell'ioglosso, troviamo ancora, nella stessa direzione, ma ancora più marcati e profondi, tanto a destra che a sinistra, *cinque grossi solchi marginali obliqui-orizzontali* (*incisure*), rotondi o quasi, a direzione anterointerna, con la convessità rivolta alla punta della lingua, egualmente distribuiti e come scaglionati l' uno dopo l'altro ad eguale distanza; dotati degli stessi caratteri dei solchi longitudinali già descritti.

I bordi della lingua presentano ancora, in quasi tutta la loro estensione, un gran numero di piccole incisioni od escavazioni più o meno regolari: ma queste interessano soltanto le fibre più esterne del linguale superficiale e forse appena quelle vicine dello stiloglosso e ioglosso: perchè la faccia inferiore esterna (genioglosso e mucosa inferiore) pur essendo molto irregolare, non è intersecata nè da solchi nè da insenature.

Oltre ai solchi descritti e che chiamerò *primarii*, esistono ancora numerose venature, incisure, increspature; incrociate ed intersecanti: ma queste sono un pò meno accentuate di fronte alla estrema marcatezza e dirittura dei solchi longitudinali e trasversi; insieme ad i quali vengono a dividere la superficie linguale in una serie di compartimenti e di isolotti percorsi come in ogni direzioni da canali e da fossati.

I quattro solchi longitudinali mediani e laterali; i tre solchi trasversi superiori, i dieci solchi marginali, hanno una profondità che varia dai 3-6-10 decimi di millimetro: nelle insenature esistenti fra le due pareti la mucosa linguale è integra e completa; tappezza interamente il fondo e si continua normalmente alla superficie linguale: così che, pur avendone una certa apparenza, i solchi stessi non possono confondersi con le ragadi, delle quali mancano loro totalmente tutti i caratteri sostanziali (acquisite, dolorose, sanguinanti).

Da tutte le caratteristiche ora descritte la lingua assume, nella sua superficie esterna, l'aspetto di una corteccia cerebrale con le sue circonvoluzioni: così che mi sembra esatto e significativo il termine « *cerebriforme* » che ho adottato nel descriverla.

La lingua cerebriforme reagisce normalmente a tutti gli stimoli sensorio-motori; è libera, estensibile, contrattile; è bene umettata ed elastica, è facilmente protrusa e ritirata in cavità ove si muove facilmente in tutte le direzioni: le sue funzioni in una parola sono perfettamente normali.

Due altri caratteri morfologici, oltre a quelli già descritti, sembrano essere se non strettamente patognomonici, molto proprii alla lingua cerebriforme.

I. un certo grado di *macroglossia*: cioè un lievo aumento globale delle dimensioni dell'organo. Questa particolarità si spiega a mio avviso col fatto meccanico dell'essere i vari fasci del muscolo linguale superficiale costituito da gruppi non serratì, ma divaricati.

La lingua per ciò deve aumentare, nei suoi diametri trasverso e longitudinale: si può anzi calcolare che essa aumenta di tante volte mezzo millimetro, quanti sono i corrispondenti solchi primarii trasversi e longitudinali.

II. una discreta *ipertrofia delle papille fungiformi e coniche*, pure evidente nella lingua tipo, ma assai facile ad osservare se non in tutte, nella maggior parte delle lingue cerebriformi. Un tale carattere sembra presentarsi in stretto rapporto con la ricchezza dei solchi è delle incisure: poichè è assai più frequente nelle lingue cerebriformi complete che non nelle forme incomplete e superficiali. Non ha per quanto mi consta alcun diretto rapporto con la macroglossia: nè saprei fino ad oggi, come spiegarne l'ontogenesi. (v. cap. VII).

È certo ad ogni modo che sia l'uno che l'altro carattere sono affatto indipendenti dalla funzionalità fisiologica dell'organo come questa lo è verso di loro; perchè si mantiene, con o senza macroglossia e ipertrofia papillare, perfettamente normale.

Conviene rilevare a questo punto che non tutte le lingue cerebriformi sono identiche fra loro ed al tipo originario.

Molte varietà esistono rispetto alla forma globale; alla disposizione, al decorso, alla profondità dei solchi, che meritano di venir descritte. Ma tutte presentano le caratteristiche fondamentali per cui si riconoscono a prima vista senza errore e si

differenziano da altre formazioni similari, dovute, invece, come vedremo in seguito, a deformazioni intercorrenti di origine nettamente patologica.

La lingua cerebriforme congenita può essere anzitutto *completa* (*totale*) o *incompleta* (*parziale*): presentare cioè i solchi e le incisure su tutta la superficie e ai bordi, oppure solo su una porzione (generalmente centrale) più o meno estesa di essa, e lasciare i bordi liberi. Le forme complete o incomplete a lor volta offrono una simmetria maggiore o minore a seconda dei casi: sia nella disposizione dei solchi rispetto ad una linea mediana, sia nei rapporti dei solchi fra loro, secondo linee trasverse o longitudinali equidistanti e parallele o no: sia infine secondo direzioni diverse, totalmente irregolari, oblique, intersecanti e via dicendo.

Si possono per ciò ulteriormente distinguere in forme *simmetriche* e *asimmetriche*.

Esistono naturalmente infiniti punti di passagio dalla varietà simmetrica all' asimmetrica; dalla totale alla parziale. Possiamo ancora distinguere forme *superficiali*, cioè a solchi netti ma poco infossati, e forme *rudimentali* in cui si osserva appena un chiaro abbozzo di disegno cerebriforme. Notiamo pure altre disposizioni più rare nella forma e direzione dei solchi: come le forme *striate* (casi di Federici, Dell'Erba, oss. XXII) e quella curiosa *lingua a freccia* (oss. XX) che credo di aver qui descritto per primo.

È tuttavia opportuno illustrare brevemente ancora due varietà interessanti dei tipo cerebriforme completo: cioè il tipo *foliaceo* ed il tipo *scrotale puro*, il quale ultimo è da me inteso in un senso assai più restrittivo di quello conferitogli dai vari autori che l' hanno descritto.

Il tipo *foliaceo* differisce dal cerebriforme puro in ciò che ai lati del solco mediano, marcatissimo, i solchi laterali, invece di decorrere orizzontalmente, cioè in direzione perpendicolare al solco stesso, decorrono pure paralleli fra loro ma obbliqui, dall'alto in basso e dal solco mediano, cui si innestano, verso l'esterno: imprimendo così alla superficie linguale l'aspetto di una foglia munita della sua spina dorsale e della sua nervatura laterale (Tav. XXIV fig. 4 — XXV fig. 5).

Il tipo *scrotale* presenta un solco mediano pure marcato, ma interrotto, spezzettato e ramificato. Da questo si dipartono dei solchi brevi, curvi, assai vicini, paralleli, perpendicolari ad esso:

altri solchi partono liberamente dalle metà esterne della superficie, pure in direzione obliqua verso in basso ma non raggiungono i bordi linguali; per modo che la forma complessiva della superficie apparisce assai simile a quella dello scroto in contrazione tonica, col rafe rugoso e le crespe salienti, parallele e ravvicinate. (Tav. XXVI, fig. 10).

Sì il tipo foliaceo che lo scrotale vero mi sembrano assai rari.

Possiamo ora riassumere in breve i caratteri essenziali della lingua cerebriforme congenita e tentare di darne una piccola classificazione.

Le particolarità morfologiche della lingua cerebriforme congenita, simmetrica, totale sono:

1. *La notevole simmetria nella disposizione dei solchi* sulla superficie linguale: simmetria che subisce variazioni più o meno grandi fino a perdersi nei tipi completamente asimmetrici: in questi ad ogni modo la natura cerebriforme dell'organo è mantenuta, come nel tipo simmetrico, dalla presenza dei solchi stessi che, nella lingua normale, non esistono affatto.

2. *L'aumento più o meno accentuato delle dimensioni globali dell'organo*: *macroglossia*; assai evidente nella maggior parte dei casi.

3. *L'ipertrofia delle papille coniche e fungiformi*, *spesso molto accentuata*: quantunque nè questa nè la macroglossia siano caratteri patognomonici, pur essendo i più importanti.

4. *La scomparsa del solco mediano* in molte varietà complete o asimmetriche.

5. *L'irregolarità assai frequente del bordo linguale* frastagliato da incisure più o meno profonde: formante con ciò una linea spezzata e irregolare, anzichè levigata e continua come nella lingua normale.

6. *La morbidezza normale delle isole muscolari*, il colorito uguale ed uniforme, la consistenza e motilità normale del muscolo e della mucosa; *cioè la conservazione dei caratteri fisiologici di moto e di senso propri della lingua normale.*

La classificazione che propongo è la seguente:

LINGUA CEREBRIFORME CONGENITA

1. *simmetrica totale* (*tipo fondamentale*).

a) *tipo cerebriforme puro* (a solchi od incisure profondi e paralleli, trasversi e longitudinali, su tutta la superficie linguale e sui bordi (fig. 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 16).

b) *tipo foliaceo* (a solchi obliqui discendenti, partenti lateralmente dal solco mediano, su tutta la superficie linguale e ai bordi (fig. 4, 5).

c) *tipo scrotale* (a solco mediano raccorciato, ramificato, circondato da solchi brevi e incurvati come a testa di medusa (fig. 10).

2. *simmetrica parziale* (a solchi profondi e paralleli ma meno confluenti e non occupanti l'intera superficie, oppure senza incisure ai bordi (fig. 11, e anche fig. 24).

3. *asimmetrica totale* (a solchi non paralleli, a tipo di incisure sparse diffusamente, più o meno irregolarmente su tutta la superficie della lingua e più o meno ai bordi. (fig. 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21).

4. *asimmetrica parziale* (a solchi e incisure non paralleli ed occupanti solo una porzione della superficie linguale, presenti o no ai bordi (fig. 22).

5. *simmetrica o no*, *totale o no*, *superficiale* (a solchi poco rilevati, più o meno diffusi (fig. 25, 24).

6. *forma rudimentale* (abbozzata fig. 25).

7. *varietà spurie*.

a) *tipo striato* (oss. XXII).

b) *tipo a freccia* (fig. 26).

c) *altri tipi eventuali*.

IV.

FISIOLOGIA DELLA LINGUA CEREBRIFORME CONGENITA

Ho già accennato, nel capitolo precedente, sui caratteri fisiologici della lingua cerebriforme.

Dall' esame sistematico di tutte quelle da me osservate nei normali, negli alienati e nei criminali risulta che esse sono fisiologicamente normali: ciò che appoggia validamente l' afferma-

zione che esse rappresentano una *distrofia congenita e* un *teratomorfismo ereditario.* In varii alienati delinquenti ho trovato una lieve ipoestesia generale: ma questa faceva parte dell'intrinseca costituzione ontogenetica dei soggetti, nati da bassi strati sociali e dotati di una squisitezza sensitiva di molto inferiore a quella degli strati più evoluti (27).

Tale reperto è notoriamente comune a molti deliquenti e a quasi tutti i lavoratori nati dal popolo ed evoluti non mentalmente ma muscolarmente: nei quali la relativa immunità da tara ereditaria e l'adattamento biologico allo sforzo muscolare ed alla fatica ha necessariamente elevata la resistenza al dolore a scapito della duttilità sensitiva e della raffinatezza intellettuale. Si aggiunga che il 95 °/₀ dei soggetti portatori di lingua cerebriforme da me osservati appartiene al popolo e al contado.

Posso quindi conchiudedere che nei soggetti studiati, la lingua ha presentato, senza eccezione, integre

1. *la motilità attiva e passiva*
2. *la sensibilità gustativa*
3. *la sensibilità tattile, termica, dolorifica, stereognostica,*

ed affermare che la lingua cerebiforme congenita *presenta assolutamente normali tutte le sue funzioni di moto e di senso.*

V.

COMPLICAZIONI MORBOSE DELLA LINGUA CEREBRIFORME CONGENITA

Prima di procedere allo studio sull' origine e sulla formazione della lingua cerebriforme, credo opportuno accennare brevemente a quelle malattie intercorrenti che, oltre a dare una più o meno grande deformazione morfologica, hanno condotto, quasi sempre in via accidentale, alla scoperta della lingua cerebriforme stessa come varietà congenita.

Tutte le pur non numerose affezioni della lingua sarebbero capaci, secondo *Payenneville* di complicare la lingua cerebriforme: partendo dall'ipotesi, già emessa da *Bénard*, che, senza costituire uno stato patologico per sè stessi, i solchi e le insenature della lingua cerebriforme manterrebbero una manifesta predisposizioni alle infiammazioni acute o croniche della mucosa linguale.

Io non sono però affatto di questo parere. Anzitutto la mucosa, per quanto infossata, è perfettamente unita, integra e resistente: nè si può ritenere che, data anche la relativa superficialità dei solchi, i liquidi organici e le sostanze alimentari possano, soggiornando a lungo, favorire lo sviluppo di germi patogeni. Ciò è tanto meno possibile, quando si pensi che la normale secrezione di saliva ed i movimenti fisiologici della lingua stessa, perfettamente funzionante e sana, sono più che sufficienti per rimuovere del tutto i detriti depositati col cibo. Per converso, una perfetta normalità morfologica della lingua non esclude la possibilità di insorgenza delle più svariate malattie: per cui è chiaro che l'infossamento della mucosa, integra e resistente, non comporta, di necessità, alcun *locus minoris resistentiae.*

D'altra parte, l'ipertrofia papillare e la macroglossia di lieve grado considerate da alcuni come complicazioni, o mancano talvolta, oppure, pure essendo frequenti, costituiscono dei caratteri intrinseci e congeniti della lingua cerebriforme; mai delle complicazioni.

Nel numero di queste invece dobbiamo giustamente studiare una serie di vere malattie, quali le *glossiti*, la *sifilide*, la *leucoplasia*, *il cancro*.

Delle prime, la *glossite dissecante* è la più rara: non esiste a mia conoscenza alcun caso che sia venuto a complicare la lingua cerebriforme. Meno raro è la *glossite dentale* degli autori francesi che questi cercano di spiegare con la particolare macroglossia sopra cennata e con la corrosione esercitata dalle pareti dentali interne sui bordi e sui solchi della lingua stessa. Più importante e più frequente è invece la *glossite marginale esfoliativa.* Su cinque casi descritti da *Lemonnier*, due furono osservati su lingue cerebriformi: un altro caso simile fu descritto da *Newborn*; il *Fournier* stesso riferì quello di un malato affetto per 10 anni da glossite marginata esfoliativa complicata a sifilide, portatore di lingua cerebriforme.

Anche la *sifilide*, com'è noto, determina importanti lesioni non rare a verificarsi: ed è anzi la malattia che più di frequente attacca, nel periodo secondario e terziario, la lingua. Fra le manifestazioni *secondarie* le *placche mucose*, dalla forma papulo-erosiva alla forma fissurale o ragadiforme, determinano gravi alterazioni nella lingua; il *Barthélémy* ne riferisce un caso assai dimostrativo e il *Fournier* un altro, poc'anzi citato, in cui alla

sifilide papulosa era unita, sur una lingua cerebriforme, anche una grave glossite esfoliativa marginale. Così pure le forme *terziarie*, con il loro processo sclerosante, inducono non lievi nè relativamente rare alterazioni della lingua normale: di queste però, congiunte alla lingua scrotale, non trovo nella letteratura alcun caso bene specificato.

Altre complicazioni infine, più rare ancora, sono la *tubercolosi, il cancro, la leucoplasia:* alcuni autori affermano da ultimo di aver esservato qualche singolarissimo caso di *mughetto* e di *lichen planus buccalis.*

Riassumendo: la lingua cerebriforme si trova alle volte associata a varie forme di glossiti ed a fenomeni secondarii e terziarii della sifilide: malattie accidentali, intercorrenti, e del tutto estranee, dal lato dell'eziologia, alla anomalia primitiva. Certo la relativa rarità della lingua cerebriforme di fronte alla frequenza delle glossiti e della sifilide da un lato: dall'altro la frequenza della lingua stessa in normali ed alienati assolutamente immuni da lue, ci autorizzano a ritenerla come un fatto totalmente estraneo alla glossite ed alla sifilide acquisita; sempre anteriore a queste, perchè congenito, ed espressione di una tenue deviazione di evoluzione morfologica onto-o-filogenetica.

VI.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Per quanto possa apparire di secondaria importanza la diagnosi esatta di una lingua cerebriforme, data l'estrema singolarità del suo aspetto, non è però meno vero che nei casi finora studiati e che appartengono quasi tutti alla dermosifilopatia, la diagnosi stessa sia riuscita alcune volte piuttosto difficile. Esistono tuttavia numerosi caratteri dell'organo in sè, che riescono sempre ad illuminare il processo diagnostico: per cui ritengo opportuno, prima di procedere alla descrizione della lingua cerebriforme « normale » cioè congenita e senza nessun'altra complicazione, di esaurire anche questo capitolo.

La prima diagnosi di una lingua cerebriforme congenita è data, naturalmente, dall'anamnesi e dal soggetto stesso che la porta: ma poichè il più delle volte questi è un psicopatico, non

è sempre possibile ottenere una tale confessione. Questa è invece possibile nei soggetti psichicamente sani, nei delinquenti non alienati, in certi psisicopatici non dementi, (vedi il mio caso principe del 1903).

Esistono alcuni autori che vogliono che la lingua cerebriforme, se da una parte è congenita, può, dall'altra, e per sè stessa, essere suscettiva di ulteriori modificazioni patologiche: ma, esclusi i casi nei quali si è innestata su di essa una vera malattia intercorrente (quasi sempre sifilide), non abbiamo alcuna prova clinica che dimostri la predisposizione della lingua cerebriforme ad ammalare per il solo effetto della sua particolare struttura.

Una prova decisiva della natura congenita della lingua cerebriforme è data dall'*ereditarietà:* di questa due interessanti osservazioni di *Lemonnier* e di *Bénard*, che riscontrarono la stessa distrofia e negli ascendenti e nei discendenti, sono riferite da *Payenneville* e vengono illustrate più tardi, in esteso. La prima riguardava una signora portatrice di lingua scrotale: tale lingua si era riprodotta in tre delle undici figlie che essa aveva avute ed esisteva anche nella madre della signora stessa. La seconda riportava il caso di una signorina affetto da lingua cerebriforme che esisteva di egual forma e natura tanto nella sorella che nella madre.

Oltre a ciò, molti altri segni obiettivi concorrono a delucidare la diagnosi di genesi e di natura. La lingua cerebriforme congenita e normale si riconosce:

1.° *nei casi in cui l' anamnesi parla, per essere congenita o ereditaria:* o quando il soggetto normale ricorda di possederla fin da bambino

2.° *per la completa integrità della sensibilità tattile e gustativa; della motilità e della masticazione; per la assenza completa di dolore e di salivazione patologica.*

3.° *per la perfetta attitudine del bambino di succhiare il latte al capezzolo* (*Levi Bianchini*, *Payenneville*).

4.° *per la integrità e la facile dilatabilità dei solchi e delle insenature della mucosa a lingua protrusa o stirata, che è completamente indolora; mentre in casa di malattia si ha formazione o modificazione dei solchi, dolore intenso, lievi emorragie; per la superficialità uniforme dei primi, la maggiore e varia profondità dei secondi; per la normale ed uniforme consistenza, elasticità, morbi-*

dezza del muscolo e della mucosa che in casi di malattia sono del tutto o in parte induriti o sclerosati.

5.° *per la disposizione stessa dei solchi assai numerosi, trasversali, simmetrici, parallelli e ondulati nella lingua cerebriforme congenita; mentre questi sono irregolarissimi di forma e disposizione, meno numerosi, più profondi, asimmetrici, più spesso disposti lungo l'asse maggiore, nella lingua dissecta per affezioni intercorrenti.*

6.° *per l' ipertrofia uniforme delle papille e la macroglossia, molto frequenti, se pur non rigorosamente patognomoniche.*

Tali sono brevemente i caratteri differenziali più salienti con stati morbosi acquisiti, dei quali meritano ancora un cenno speciale le *ragadi sifilitiche del periodo secondario e terziario e il linfangioma diffuso.*

Le ragadi sifilitiche del periodo secondario si presentano come vere ulcerazioni longitudinali della mucosa, la quale è quasi sempre dolente e sanguinante. La disposizione topografica delle ragadi serve già, come dissi, alla diagnosi differenziale: a questa si aggiunga poi il fatto che quelle sono meno ondulate e meno numerose dei solchi della lingua cerebriforme normale. Le lesioni sifilitiche colpiscono per solito lo spessore del muscolo offrendo delle soluzioni di continuo assai profonde, taglienti, dolorose, emorragiche; mentre nella lingua cerebriforme normale la diastasi delle fibre più superficiali del muscolo linguale superficiale non supera mai i 2-4 decimi di millimetro e la mucosa, piantata solidalmente nei solchi, offre una suoerficie continua, impenetrabile'. resistente. La lingua cerebriforme congenita infine è sempre indolora, normalmente umettata: la lingua sifilitica è dolente ed accompagnata a salivazione più o meno intensa.

Passando ora alle *lesioni sifilitiche terziarie* notiamo la *glossite lobulare* che più d'ogni altra porta una sostanziale alterazione morfologica della lingua. Il *Fournier*, nel suo classico trattato sulla sifilide, così la descrive: « Il fenomeno più saliente della glossite sclerosante profonda è la forma mamellonata e lobulare della faccia dorsale della lingua. Invece di essere piana e regolare, essa si presenta ineguale, gibbosa, mamellonata. Essa è trasformata in una serie di insolcature vicine l'una all'altra, di volume e forma irregolari e che costituiscono come una specie di reticolato. Questi solchi interlobulari assumono nella superficie della lingua le direzioni più diverse. Quasi sempre c' è un solco mediano che può estendersi per tutta la lunghezza della lingua e

dal quale partono altri solchi trasversali, irregolari, obliqui, simili alla nervatura di una foglia. Esistono infine altri solchi più piccoli, che percorrono in tutti i sensi i bordi della lingua e si collegano ai primi con numerose anastomosi. La faccia superiore della lingua si solleva per alcuni millimetri fino a mezzo centimetro e la lingua stessa diventa alle volte più larga e tumefatta, specialmente nel diametro traverso. »

La diagnosi differenziale non è dunque difficile. Anzitutto la lingua sifilitica ha le insenature irregolari *nelle direzioni più diverse*, assai numerose, la superficie tumefatta. La lingua cerebriforme ha invece i solchi pure numerosi, ma più regolari, la superficie liscia e regolare: non esiste in questa tumefazione alcuna; mentre infine nella prima le papille sono quasi scomparse, nella seconda sono assai bene accentuate e normali o ipertrofiche. Anche i dati anamnestici danno, per ultimo, un contributo non trascurabile. Nei casi poi in cui la sifilide dia insieme alla sclerosi un' ipertrofia papillare, la irregolarità di questa e dei solchi e la durezza della superficie saranno sufficienti per porre la diagnosi nei suoi veri termini.

L'associazione della sifilide terziaria della lingua con la lingua cerebriforme congenita, quantunque logicamente possibile, non sarebbe stata finora osservata: se pure la descrizione ora riferita, del *Fournier*, ci faccia assai dubitare che egli abbia descritto precisamente una sifilide lobulare sopra una lingua cerebriforme congenita.

Un ultimo elemento di errore diagnostico può esser dato dal *linfangioma* della lingua. Ma questa affezione, pure assai rara, dà aumento di volume dell'organo; un aspetto granuloso caratteristico per effetto di un gran numero di noduli di svariato colore: biancastri, rossi, rosso pallidi, violacei; e se pure essa viene da alcuni Aa. considerata come congenita, si differenzia immediatamente, per i sintomi ora descritti, dalla lingua cerebriforme propriamente detta.

La diagnosi di lingua cerebriforme congenita è quindi sempre facile fin dal primo momento: le affezioni con cui può venir scambiata sono rare: i sintomi differenziali sono volta per volta così numerosi che non è mai possibile, si può dire, alcun errore in proposito.

I caratteri differenziali su cui posa il diagnostico sono i seguenti:

1. l'essere congenita od ereditaria;
2. l'esistenza di solchi e non di ragadi;
3. la simmetria assoluta o relativa, l'orizzontalità, la superficialità dei solchi, ondulati e paralleli;
4. l'indolorabilità assoluta e la completa normalità delle funzioni di senso e di moto;
4. la frequentissima macroglossia e ipertrofia papillare, la frequente scomparsa del solco mediano, unite alla perfetta capacità funzionale dell'organo.

VII.

EZIOLOGIA E ONTOGENESI

Dall'aver trovato la lingua cerebriforme in vari membri ascendenti o discendenti di una stessa famiglia, alcuni autori ne spiegarono la patogenesi con una speciale disposizione morbosa e degenerativa famigliare. Ho già riferito il caso di glossite marginale, riferito da *Lemonnier* (7) in un individuo portatore lingua cerebriforme la qnale esisteva contemporaneamente nella madre e nel nonno materno; e quello dell'*Henry* (9) che trovò addirittura tutta una famiglia portatrice di lingua cerebriforme: madre e vari fratelli e sorelle. Il *Bénard* (28) va ancora più in là ed afferma che « l'état plissé de la langue est une malformation congénitale qui semble surtout particulière à certaines familles et à certaines races. » (?)

Il *Payeneville* stesso (2) ha descritto una lingua cerebriforme in una signora che discendeva da una madre portatrice di lingua cerebriforme; e che, su 11 figli, aveva avuto tre figlie anche a lingua cerebriforme (oss. IX, X, XII). Di queste, due erano gemelle. Secondo questo A. la lingua cerebriforme può coesistere con varie malformazioni congenite o tare ereditarie che darebbero una spiegazione sufficientemente ammissibile sulla sua origine. Egli osservò spesse volte delle malformazioni dentarie, fessure congenite delle labbra, deformazioni ossee, lieve deficit mentale, alopecia, erpeti, seborree, eczemi, artritismo, epatismo.

Alcuni autori, come *Horand* (29) vorrebbero perfino vedere un'associazione etiologica reale fra erpete e lingua scrotale: *Gaucher*, *Milian* (15) *Barthélémy* (12) la considerano addirittura

come eredosifilitica e la denominano perfino parasifilitica. Secondo quest'ultimo la lingua cerebriforme è « une tare congénitale dystrophique par hérédité syphilitique ».

Contro tale affermazione stanno *Fournier*, *Brocq* (10) io stesso. A mio avviso la patogenesi sifilitica della lingua cerebriforme non ha base. Nei pazienti da me studiati in massa, la sifilide famigliare o personale fu trovato rarissime volte; dei 60 dementi paralitici compresi nei 1000 alienati studiati, due soli erano portatori di lingua cerebriforme congenita: negli altri portatori di tale lingua la sifilide ereditaria o acquisita è stata tassativamente esclusa sia dall'anamnesi, sia dal reperto negativo della reazione di Wassermann.

Altri autori, come *Rigal* (5) *Vidal* (6) *Butlin* (8) *Lang* (31) *Ehrmann*, *Partsch* (11) ritengono che sì tratti di una semplice ipertrofia di tutto l'organo (*Rigal*, *Vidal*, *Butlin*) e che questo, trattenuto dalle arcate dentarie si ripieghi su sè stesso; o di una ipertrofia della sola mucosa (*Lang*, *Ehrmann*) analogamente a ciò che avviene nel cervello, dove la superficie sola deve essere ipertrofica « per poter formare delle pieghe ». Il *Brocq* (10) invece ammette un'esagerazione spiccata dei solchi normali (?) della lingua senza alcuna ipertrofia: secondo il *Barthélémy* (12) la lingua cerebriforme non sarebbe che lo stato esagerato della lingua papillare ed i solchi sarebbero creati dalle stesse infossature esistenti fra papilla e papilla. Tutte queste ipotesi adunque si basano, quale più quale meno, sopra una ipetrofia totale o parziale della mucosa e della lingua: mentr'io ritengo, come ora esporrò, che si tratta originariamente di un errore di sviluppo del muscolo linguale superficiale e che l'infossamento della mucosa è un fatto secondario al primo e determinato da ragioni di adattamento.

Secondo *Payenneville* (2) infine, si tratta di un difetto di parallelismo nello sviluppo della mucosa linguale da una parte e la muscolatura del linguale superficiale, specialmente, dall'altra. Vi sarebbe stato, a un dato momento, una specie di arresto di sviluppa del muscolo: mentre la mucosa, continuando a svilupparsi, sarebbe divenuta troppo grande e, poco a poco, si sarebbe infossata fra i fasci delle fibre muscolari. Io non posso accettare nemmeno questa ipotesi dell'alterato parallelismo di sviluppo fra muscolo e mucosa. Se quello infatti si fosse arrestato nel suo sviluppo, dovrebbe presentara dei caratteri di

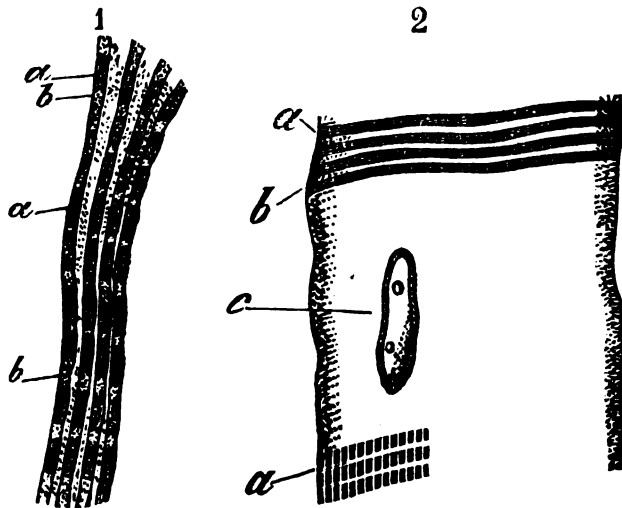
ipotrofia o di *distrofia*, ciò che non è mai: mentre invece il grado piú o meno avanzato di *macroglossia*, assai spesso rilevabile, dimostra al contrario che lo sviluppo quantitativo del muscolo fu normale: e che soltanto crescendo i varii fasci muscolari non compatti, ma allontanati l'uno dall'altro, l'ampiezza stessa del muscolo ne derivò necessariamente aumentata. Ed infatti se per un momento si potessero sollevare la mucosa e riunire le varie isole muscolari della lingua cerebriforme, si vedrebbe il muscolo linguale riprendere le sue dimensioni normali tanto in larghezza che in lunghezza.

Le ipotesi emesse dai citati autori non sono dunque esaurienti. Io credo che quella che più si avvicina alla verità sia la ipotesi da me emessa nel 1903, e qui lievemente integrata, per ovviare ad una obbiezione, formalmente esatta ma sostanzialmente trascurabile mossami da *Payenneville.*

Secondo la mia prima ipotesi la lingua cerebriforme nasce per il fatto che il muscolo linguale superficiale, in luogo di svilupparsi uniformemente in tutta la sua superficie, si è svolto in modo segmentario in grossi fasci di fibre staccati: e fra questi la mucosa, trovando degli spazi liberi, si è innestata fissandosi nel fondo. Deriva da ciò uno sviluppo prevalente (dei solchi) nel senso della lunghezza. Il *Payenneville* osservó che con ciò si spiega l'origine dei solchi longitudinali, ma non quella dei solchi trasversali. L'osservazione è giusta, ma viene facilmente rimossa completando la mia ipotesi nel seguente modo.

Osservando con cura la superficie della lingua cerebriforme e saggiandone col tatto e col compasso la estensione e la profondità, si rileva fin da principio che le sue particolarità morfologiche interessano essenzialmente tutte le fibre più superficiali (nel normale solo in apparenze longitudinali) del muscolo linguale superficiale. Ma è noto che i fasci di fibre muscolari, lungi dal possedere la lunghezza e larghezza totale del muscolo, sono costituiti da un conglomerato innumerevole di fasci microscopici di fibrocellule: riuniti è vero, prevalentemente nel senso della maggiore lunghezza, ma riuniti ancora secondo diametri trasversi e verticali per cui vanno a costituire oltre alla lunghezza anche la larghezza e lo spessore del muscolo. Tali fascetti e fibrocellule possono di conseguenza, nel corso del loro sviluppo embrionale, staccarsi non solo secondo un asse longitudinale, ma ancora secondo un asse trasversale e verticale, nel primo caso daranno in ultima analisi dei solchi longitudinali; nel secondo e terzo caso daranno dei solchi trasversali e determineranno la

maggiore o minore profondità dei solchi stessi. Una fibrilla striata infatti possiede due lati e due poli: ora è evidente che se una catena di fibrocellule si stacca da un'altra lungo i bordi più allungati, darà all'aspetto esterno del muscolo una segmentazione prevalentemente longitudinale; ma se si stacca per i due poli più brevi, darà una segmentazione a prevalenza trasversale; e che tanto la prima che la seconda possono prodursi senza alcun ostacolo.

Fig. I.

Fibrille striate (dal *Duval*: Compendio di Istologia).

1. Nel proteo. — a) *sarco elementi* (o dischi oscuri) — b) sostanza che li unisce nel senso longitudinale.
2. nel porco. — a) *sarco elementi* uniti trasversalmente. — b) sostanza uniente interposta tra le serie trasversali — c) nucleo della faccia interna del sarcolemma. — In a. *sarco-elementi* allontanati fra di loro e ben distinti tanto nel senso longitudinale che nel senso trasversale.

A parte ciò, è noto che il muscolo linguale superficiale fa parte, nell'embrione di due mesi, dell'apparecchio ioideo che deriva dal secondo arco cefalico viscerale e dà origine ai muscoli della faccia.

Codesto, come tutti i simili, si sviluppa in modo uniforme, in tutta la sua massa, cioè in lunghezza, larghezza e profondità, riunendo strettamente, per i loro miolemmi, le fibrocellule con-

sociandole in fascetti, da cui poi derivano le fibre, i fasci di fibre e alla fine la massa compatta del muscolo in toto.

Questa modalità normale di accrescimento subisce invece, nella lingua cerebriforme, una lieve deviazione, pur non verificandosi nessuna lesione anatomica sia della fibrocellula, che della fibra, che del fascio di fibre preso in sè. Nei primi tempi della differenziazione del muscolo, quando cioè le fibrocellule cominciano a scindersi e a moltiplicarsi in modo quasi ancora impercettibile, è verosimile che le dette cellule, anzichè svilupparsi uniformemente in tutti quei punti nei quali è compresa l'area primitiva del muscolo linguale, si raggruppino attorno a dei particolari *centri di attrazione* o di confluenza, e che in questi a preferenza si intensifichi il processo cariocinetico della genesi e dell'accrescimento. Per tal modo, continuando l'embrione a crescere ed aumentando tutti i suoi organi di volume, tali isole di cellule si fanno isole di fibre, da impercettibili diventano man mano più evidenti e spazialmente differenziate; e finiscono per trovarsi separate, dalle loro contigue, in tutte le tre dimensioni (larghezza, lunghezza, profondità) da spazi virtualmente vuoti e costituenti, a sviluppo terminato, i futuri solchi. E poichè, contemporaneamente al muscolo, si sviluppa la mucosa, non solo è naturale, ma necessario che questa, piantata com'è alla superficie del muscolo, *cada* per dir così negli spazi interposti fra isola e isola muscolare e si fissi nel fondo di queste intercapedini per virtù della legge di adattamento, per la sua stessa posizione e per la sua normale capacità accrescitiva, parallela a quella del muscolo.

Che tale sia verosimilmente il meccanismo d' origine della lingua cerebriforme è dimostrato dalla assoluta normalità anatomica e fisiologica della mucosa e delle fibre muscolari, reagenti in perfetta armonia a tutte le stimolazioni attive e passive di senso e di moto. Così si spiega anche la *macroglossia*. Essa è dovuta alla causa puramente meccanica della distanza intercedente fra le isole muscolari; per cui i diametri della lingua sono di tanto aumentati, di quanto è la somma, rappresentata in millimetri, dei solchi totali esistenti.

Questa ipotesi sulla genesi delle isole muscolari e dei solchi nella lingua cerebriforme può trovare un certo appoggio nella teoria di *Bowmann* (32) sulla formazione della fibra muscolare striata. È noto che certi reattivi rendono più evidente la striatura trasversale e che altri fanno lo stesso per la striatura longitudinale della fibra muscolare. L'azione di alcuni fra questi va

fino a decomporre la fibra sia nelle sue fibrille elementari, il che risponde alla sua costituzione; sia in sezioni trasversali occupanti tutta la sua larghezza. È *Bowmann*, nel 1840, che per il primo ha avuto quest' ultimo risultato, che si ottiene sia per l'azione del succo gastrico, sia con la congelazione. Si hanno in tal modo i cosidetti ***dischi di Bowmann*** dei quali dà un'idea la figura II.

Da questa decomposizione, ora in fibrille, ora in dischi, *Bowmann*, in un concetto rimasto celebre, aveva concluso che nè l'una nè l'altra di tali disposizioni corrisponde alla costituzione reale della sostanza muscolare; che questa in realtà è formata di particelle cubiche, *che sono disposte regolarmente in serie in pari tempo trasversali e longitudinali* (fig. III).

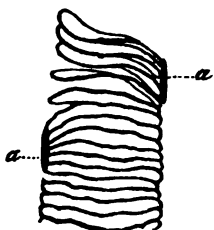
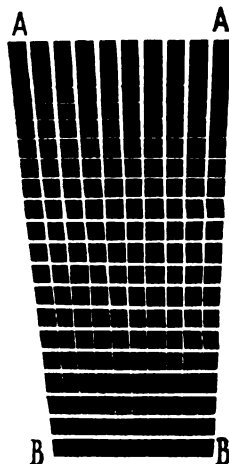
Fig. II.

Frammento di una fibra muscolare di coniglio spogliata del suo sarcolemma e che la macerazione nell' acido cloridrico 1:1000 ha scomposto in dischi. *a)* nucleo. Ingrand. 350. d. (Kölliker)

Fig. III.

Schema della ipotesi di Bowmann sulla costituzione della fibra muscolare.

I sarcoelementi, rappresentati da piccoli quadrati, sono riuniti nel senso trasversale alla parte inferiore (BB.) della figura e vi formano un disco (striatura trasversale); alla parte superiore (AA) essi sono uniti nel senso longitudinale e formano fibrille (striatura longitudinale).

Questi cubi, o piccoli prismi, detti *sarcoelementi di Bowmann*, sarebbero saldati gli uni agli altri nel senso longitudinale da un cemento particolare che verrebbe disciolto da certi reattivi, ed in pari tempo saldati fra loro nel senso trasversale per un cemento d'altra natura, solubile in altri reattivi. È dalla distruzione o dell'uno o dell'altro di questi cementi che risulterebbe l'isolamento ora di dischi ora di fibrille.

Questo concetto del *Bowmann* pur non essendo esatto che in parte, la verità è che la composizione della fibra muscolare ha una struttura fibrillare. Sui muscoli ancora vivi degli insetti si ottiene facilmente la decomposizione in fibrille, mai quella in dischi, che sono un prodotto artificiale: *ma la fibrilla essa stessa ha una costituzione che risponde molto bene all'idea di Bowmann;* perchè essa è formata da segmenti posti l'uno dopo l'altro e di cui gli uni, chiamati *dischi oscuri* (o dischi spessi) sono abbastanza analoghi ai *sarco-elementi* dell'anatomico inglese (*Duval*).

Da quanto ho esposto finora, l'ontogenesi della lingua cerebriforme può venir concepita nel seguente modo.

La lingua cerebriforme deriva da un'anomalia di sviluppo ontogenetico (talora ereditario) dello strato superficiale del muscolo linguale superficiale; le cui fibre, anzichè svilupparsi simmetricamente aderenti, durante la vita intrauterina, secondo i tre piani di accrescimento (lunghezza, larghezza, profondità), si sono raggruppate, verso la superficie esterna, attorno a determinati centri di attrazione cellulare. In questi, per essersi svolto più fervido ed intenso l'ulteriore processo accrescitivo, si determinò alla fine dello sviluppo, una disposizione morfologica insulare e a blocchi, anzichè uniforme e massiva, e da questa derivò, secondariamente e contemporaneamente, la formazione di solchi e di intercapedini interposti. La forma esterna della lingua risultò di conseguenza leggermente aumentata in ampiezza (macroglossia); frastagliata, intercisa, spezzettata e simile, nell'aspetto, alle insolcature ed incisure della superficie cerebrale, cui venne da me paragonata.

La mucosa infine, per legge di adattamento, si fissò sul fondo delle insolcature anzidette: ed è forse a questo processo secondario di iperplasia funzionale che è dovuta l'ipertrofia papillare frequentemente osservata.

VIII.

Statistica della lingua cerebriforme congenita nei normali, negli alienati, nei delinquenti

Sono stati studiati 1705 individui così divisi (1):

Normali (dei vari strati sociali): uomini 260; donne 140, totale: 400

Psicopatici ricoverati in manicomio: uomini 443: donne 457, totale: 900

Psicopatici delinquenti ricoverati in manicomio, uomini: 100

Criminali (osservati nelle carceri giudiziarie di Salerno) uomini: 305

1705

A). **Normali**.

Le varie professioni e condizioni degli individui esaminati in questo gruppo si rilevano dalla tabella Iª. Su 400 soggetti sani di mente trovai solo *8* casi complessivi di lingua cerebriforme, cioè una percentuale del *2 0/0*. Poichè tuttavia le otto lingue spettano solo ai 260 uomini, mentre nessuna fu osservata nelle 140 donne, così la cifra percentuale che spetta a questi è del 3 %. Delle otto lingue, *3*, cioè il *40 0/0* circa sono ***complete*** (1 farmacista, 1 sagrestano, 1 cocchiere): *5*, cioè il *60 0/0* sono ***parziali*** o ***incomplete*** (4 infermieri, 1 cocchiere).

Lo strato sociale dei portatori di lingua cerebriforme sani di mente e di corpo non è dei più elevati; poichè, eccezion fatta per il farmacista pur esso di paese, tutti gli altri appartengono al popolo. Ciò naturalmente non esclude che le classi elevate ne siano pure, se pur più di rado, portatrici (qualche caso di Payeuneville ed uno mio): ma dimostra che in ogni modo la lingua cerebriforme è straordinariamente più frequente nelle classi sociali inferiori.

Si è visto che le lingue osservate in questa categoria appartengono soltanto agli uomini: tuttavia, poichè vari autori le hanno riscontrate in donne normali (ed io stesso nelle psicopatiche) non sono da escludere totalmente da questo sesso; ma è

(1) Oltre ai 1000 psicopatici qui elencati, ed osservati fin dal 1909-12 ho avuto campo di studiarne altri 1000 negli anni 1913-15, nel nostro stesso Manicomio Interprovinciale; tuttavia non ne ho tenuto conto, ritenendo sufficiente il numero ed i dati più sopra esposti.

lecito affermare che sono notevolmente più rare che nell'uomo È bensì vero chè il *Payeuneville* su 38 casi nella letteratura trovò egual numero quasi di maschi che di femmine; ma questa statistica risulta dal computo puramente casuale di osservazioni desunte dai vari autori in epoche diverse (1840-1905). I miei dati riguardano invece 400 soggetti presi quà e là nello stesso ambiente etnico e geografico e nello stesso periodo di tempo (tre anni): così che possiedono una base di computo molto più larga e attendibile.

Dalle cifre esposte nella tabella I si vede infine, come ho già rilevato, che la lingua cerebriforme *sembra prerogativa degli strati sociali inferiori e manca (o quasi) in quelli più evoluti.* Anche questo fatto dimostra la natura degenerativa, per quanto lieve, della descritta anomalia e il suo carattere di teratomorfismo congenito o ereditario.

È da notare, per ultimo, che nel caso più completo e perfetto di lingua cerebriforme in soggetto normale, da me osservato nel farmacista sopra menzionato, costui ricorda apertamente di portare la lingua, tale quale è oggi, fin dalla più tenera fanciullezza, di non aver mai sofferto di sifilide nè esister questa nell'ascendenza. È del resto un vecchio normale e robusto di 70 anni sobrio in tutto salvo che strenuo fumatore (1).

B). Psicopatici.

I 900 alienati presi in esame sono costituiti da 443 maschi e 457 femmine. Le lingue cerebriformi complessive sono *82*, cioè il 9, 2 % (v. tabella II). Di queste *64*, cioè il 14, 7 % spettano agli uomini; 18, cioè circa il 4 % delle lingue, alle donne. Nell'uomo alienato la lingua cerebriforme sembra sia almeno quattro volte più frequente che nella donna alienata. Su *82* lingue complessive, *18*, cioè il *22 0/0* di queste sono *totali e complete*· 16 spettano agli uomini, 2 alle donne. Anche la lingua cerebriforme totale è *otto* volte più frequente nell'uomo che nella donna. Oltre a ciò essa ha nel maschio psicopatico molto più pronunciati e completi tutti i suoi caratteri essenziali (solchi, incisure ai bordi, macroglossia, ipertrofia papillare); mentre, pur esistendo tutti anche nella donna, sono meno accentuati e, per così dire, più modesti.

---

(1) Un' identica constatazione ho potuto fare recentemente in una signora di buona levatura sociale e intelligentissima, portatrice di lingua cerebriforme congenita. In questa i solchi longitudinali sono così sottili che la lingua protrusa sembra normale, e si rileva cerebriforme a tipo quasi foliaceo, solo quando la lingua stessa viene dilatata nel senso della larghezza.

TABELLA I.

Soggetti *normali* portatori di lingua cerebriforme

	Professione, mestiere, strato sociale	U.	D.	Totale	Lingua cerebriforme	
					Uomini	D.
1	Medici	16	—	16	—	—
2	Avvocati	7	—	7	—	—
3	Borghesia ricca	30	21	51	—	—
4	Piccola Borghesia	20	19	39	—	—
5	Piccoli possidenti	10	13	23	—	—
6	Ragionieri	9	—	9	—	—
7	Negozianti	7	5	12	—	—
8	Farmacisti	8	1	9	1c	—
9	Impiegati amministrativi	36	2	38	—	—
10	Suore di carità	—	12	12	—	—
11	Infermieri	29	18	47	4ic	—
12	Cuochi	3	—	3	—	—
13	Beccai	2	—	2	—	—
14	Stallieri e cocchieri	5	—	5	2 {1c, 1ic}	—
15	Braccianti	10	—	10	—	—
16	Sagrestani	1	—	1	1c	—
17	Popolani	15	18	33	—	—
18	Fabbri Ferrai	3	—	3	—	—
19	Scalpellini e Muratori	6	—	6	—	—
20	Fornai	5	1	6	—	—
21	Tabaccai	2	—	2	—	—
22	Pittore di stanze e Imbianchini	3	—	3	—	—
23	Maniscalchi e Carpentieri	2	—	2	—	—
24	Sorveglianti è Guardie campestri	1	—	1	—	—
25	Contadini	25	24	49	—	—
26	Bambini del popolo sotto i 10 anni	5	6	11	—	—
		262	140	402	8co {3c, 5ic}	0

c = completa
ic = incompleta
co = complessive

Rispetto alle forme morbose, la lingua cerebriforme sarebbe più frequente nelle demenze primitive, specialmente forme paranoidi (16); nelle frenastenie (15), negli stati di demenza (12), nelle epilessie (7), nella demenza senile (7) nelle frenosi maniaco-depressive (5), nelle psicosi alcooliche (4); ma debbo rilevare che le forme più pronunciate e complete sono state da me osservate nelle frenastenie, epilessie, demenze paranoidi e senili.

Non pare tuttavia di rilevare alcun nesso patogenetico speciale fra forma clinica psicopatica e lingua cerebriforme, come non sembra esistere alcun rapporto diretto fra questa e l'origine etnica dei soggetti. Costoro tuttavia appartengono a regioni dove l'analfabetismo segna le percentuali più alte (60-80 %) d'Italia e dove le classi dei contadini (da cui escono quasi totalmente gli alienati suindicati) sono ancora piuttosto misere e arretrate (Campobasso, Avellino, Salerno, Catanzaro, Cosenza: un pò meno Bari e Foggia). Un gran numero di portatori di lingua cerebriforme spetterebbe alla provincia di Avellino: ma la differenza fra provincia e provincia mi sembra, sotto questo rapporto trascurabile.

C) **Psicopatici criminali.**

TABELLA II.

Alienati ed *Alienati criminali* portatori di lingua cerebriforme

FORME CLINICHE	Alienati		Totale degli alienati (900)	Alienati delinquenti (U: 100)	Totale generale (1000)
	Uomini (443)	Donne (457)			
Idiozia	—	1	1	—	1
Frenastenia, Imbecillità	10	2	12	—	12
Frenastenia morale e Fr. con alcoolismo	2	—	2	—	2
Epilessia e frenastenia	4	—	4	2	6
Psicosi Epilettiche	3	2	5	2	7
Criminalità frenastenica	—	—	—	3	3
Frenosi maniaco depressiva	1	1	2	—	2
Psicosi maniache	3	2	5	—	5
Psicosi malinconiche	1	—	1	—	1
Psicosi e demenze alcooliche	4	—	4	1	5
Demenze paralitiche	1	—	1	—	1
Demenze senili e arteriosclerotiche	7	1	8	2	10
Demenza precoce ebefrenica	6	1	7	2	9
» » catatonica	—	—	—	—	—
» » paranoide	10	1	11	4	15
Stati di demenza	12	7	19	1	20
Totale	64	18	82	17	**99**
di cui: lingue cerebriformi *totali*	16	2	18	5	**23**
» » *parziali*	48	16	64	12	**76**

Su 100 alienati criminali uomini, *17*, cioè il *17* % presentarono la lingua cerebriforme: *12* lingua incompleta, *5* completa, cioè rispettivamente il *72* % e il *28* % del numero complessivo delle lingue. Negli alienati criminali quindi, la lingua cerebriforme è *due volte* più frequente che negli alienati non delinquenti e quasi sei volte più che nei normali: fatto che assumerebbe una grande importanza biopatogenetica se si trovasse una eguale corrispondenza nei *criminali non alienati*.

Nei psicopatici delinquenti pure le forme morbose portatrici di lingua cerebriforme sono massimamente la frenastenia, l'epilessia, la dementia praecox, la demenza senile: anche qui non si scorge alcuna particolare connessione patogenetica (se non nel senso della maggiore degenerazione delle forme anzidette) fra psicopatia e lingua cerebriforme. Si osserva invece lo stesso rapporto, già osservato, fra lingua cerebriforme e strato sociale: perchè tutti i 100 alienati criminali, meno 6, appartengono al contado e al popolo più misero.

Riassumendo i dati offerti dai psicopatici in genere, si può stabilire che su 1000 malati di mente si trovano 99 lingue cerebriformi, cioè in cifra tonda il *10* %. Di queste, 81 appartengono agli uomini, 17 alle donne: e se si pon mente che gli uomini esaminati sono 543 e le donne 457, potremo conchiudere che la lingua cerebriforme si trova nel 17 % dei maschi e nel 4 % delle femmine: cioè nei maschi 4 volte più frequente che nelle femmine.

La lingua cerebriforme completa, totale, fu osservata in 23 casi: cioè nella quarta parte circa del numero complessivo delle lingue stesse: molto più marcata e caratteristica nell' uomo anzichè nella donna.

La donna quindi, anche nei riguardi della lingua cerebriforme, partecipa molto meno dell'uomo ai processi di anomalia e degenerazione somatica dell'organismo: e questo fatto trova il suo corrispondente riscontro negli acquisiti delle dottrine antropologiche, secondo le quali la femmina, sia essa normale, alienata, delinquente, rimane sempre di un gradino più indietro nell' evoluzione normale o no della propria esistenza bio-patologica.

D) **Criminali**.

Su 305 criminali uomini osservati nelle carceri giudiziarie di Salerno (tab. III) ho trovato un totale di 47 lingue cerebriformi, cioè il 15,4 %, così divise:

Lingua cerebriforme	totale	simmetrica .	5
» »	»	asimmetrica .	1
» »	»	superficiale .	6
» »	parziale simm. o no.		17
» »	rudimentale . .		18
			47

Di queste, 6 sono cerebriformi complete profonde (cioè totali nel vero senso) = 12,7 % sul numero complessivo: ed appartengono a soggetti condannati per le seguenti forme di delitto: lesioni 2, tentata violenza carnale 1, omicidio 1, furto 1, assassinio 1. Le rimanenti sono variamente distribuite fra le diverse figure di reato (tab. IV).

Non mi sembra — analogamente a quanto ho trovato per l'alienazione mentale — che esista una forma di criminalità di predilezione per la lingua cerebriforme. È da rilevare tuttavia, in base ai dati esposti (tab. IV) che essa è oltremodo frequente nelle forme di lesioni violente complessive (n.° 6, 7, 8): 22 su 47 cioè il 46, 7 %: mentre, per varie categorie di delitti contemplate è così divisa in ordine di frequanza: ferimenti 13 (27,6 %); furto 9 (19, 1 %) omicidio e grassazione 8 (14 %); attentati al pudore e violenze carnali 6 (12, 7 %); associazione a delinquere 5 (10,6 %) e cosí via.

In 7 casi di lingua cerebriforme sui 47 complessivi ho osservato macroglossia che, specie in due soggetti, era veramente enorme; in un altro caso invece notai una microglossia curiosissima; in molti altri infine anomalia di simmetria muscolare, forme strozzate simili a quella dell'osservazione XIII (fig. 17-18): altre lunghe, o strette, o sottili, o variamente sformate. Molto frequente infine, nel numero complessivo, è la lingua cerebriforme parziale e rudimentale: molto rara, e notevolmente più rara che nei psicopatici, l'ipertrofia papillare.

Un rilievo di capitale importanza per il giudizio eziologico e patogenetico sulla lingua cerebriforme è offerto dal fatto che

almeno il 35 °|₀ dei criminali studiati, dietro esplicita dichiarazione del medico delle carceri e spoglio dell'anamnesi clinica— è costituita da sifilitici acquisiti

Orbene, a malgrado di questa spaventevole percentuale data dalla lue venerea, la percentuale dei criminali portatori di lingua cerebriforme (15, 4 °|₀) è quasi assolutamente uguale di quella

TABELLA III.

	Natura del delitto o forma del crimine	Numero dei soggetti
1	Associazione a delinquere	25
2	Ribellione alla forza pubblica, infrazione alla sorveglianza, violenze ecc.	34
3	Furto (di ogni genere)	82
4	Truffa	9
5	Attentati al pudore e violenze carnali	12
6	Ferimenti (di ogni genere)	62
7	Tentato o mancato omicidio, grassazione ecc.	10
8	Assassinio premeditato	42
9	Altre categorie.	29
	Totale	305

TABELLA IV.

	Natura del delitto o forma del crimine	Numero delle lingue cerebriformi		Percentuale sul numero totale delle l. c.	
1	Associazione a delinquere	5		10,6 %	
2	Ribellione alla forza pubblica, infrazione alla sorveglianza ecc.	3		7,5 %	
3	Furto (di ogni genere)	9		19,1 %	
4	Truffa	2		4,2 %	
5	Attentati al pudore e violenze carnali . . .	6		12,7 %	
6	Ferimenti (di ogni genere)	13	22	27,6 %	46,7 %
7	Tentato o mancato omicidio, grassazione ecc.	8		17,0 %	
8	Assassinio premeditato.	1		2,1 %	
9	Altre categorie	—			
	Totale	47			

dei psicopatici maschi portatori della stessa lingua (14, 7 %) da me studiati, nei quali la sifilide è assolutamente esclusa. Ciò dimostra ancora una volta, inconfutabilmente, come la sifilide nulla abbia a che fare con l'eziologia e la patogenesi della lingua cerebriforme.

Mi dolgo infine di non averla potuto studiare nelle donne criminali, non esistendone a Salerno che un reparto trascurabile di una ventina di soggetti.

E) **Riassunto generale statistico e comparativo della lingua cerebriforme nei normali, negli alienati, nei criminali.**

La lingua cerebriforme, in tutte le sue varietà, si trova nel 3 % dei maschi normali, nel 0 — 1 % delle femmine normali,

nel 2 °|₀ dei normali complessivi: nel 14, 7 °|₀ degli alienati semplici, nel 4 °|₀ delle alienate semplici, cioè nel 10 °|₀ degli alienati complessivi: infine nel 17 °/₀ degli alienati criminali maschi e nel 15, 4 °|₀ dei criminali veri, maschi.

È assai rara nella donna normale (la mia percentuale di 0 °|₀ non è assoluta, esistendo dei casi positivi miei e di altri autori): è 4 volte più rara nella donna alienata che nell' uomo alienato: con tutta probabilità si comporta in modo analogo rispetto ai criminali maschio e femmina.

TABELLA V.

SOGGETTI	Percentuale proporz. della lingua cerebr. completa		Percentuale assoluta	Percentuale della lingua cerebriforme totale o completa U. e D.	
	U.	D.			
Normali	3 °|₀	meno di 1 °|₀	2 °|₀	0,75 °|₀	
Psicopatici semplici	14,7 °|₀	4 °|₀	10 °|₀	2,30 °|₀	
Psicopatici criminali	17 °|₀	—	?	5 °|₀	—
Criminali veri	15,4 °|₀	—	?	1,77 °|₀	—

Rispetto alle varie categorie di soggetti si può affermare che la lingua cerebriforme è 5 volte più frequente nei psicopatici e nei criminali di fronte ai normali.

La forma totale o completa si trova nel 0,74 °|₀ dei soggetti normali, nel 2, 3 °/₀ degli alienati semplici, nel 5 °/₀ dei psicopatici criminali, nell'1,77 °|₀ dei criminali veri.

La frequenza incomparabilmente maggiore nel maschio di fronte alla femmina è dunque dimostrata da tutte le cifre suesposte: la frequenza massima assoluta è data dai psicopatici criminali, sia per le forme globali di lingua cerebriforme (17 °|₀) sia per quelle totali (5 °|₀). Ciò dimostrerebbe che quando alla pazzia si unisce la criminali, l'àtusura della degenerazione bio-

psichica si assomma e si esalta nelle sue estreme conseguenze antropologiche e degenerative.

IX.

CONCLUSIONI

1. La lingua cerebriforme congenita costituisce un'anomalia di sviluppo, ontogenetica od ereditaria (teratomorfismo) in tutti i casi in cui esiste.

2. È una particolarità degli strati sociali inferiori, degli alienati, dei delinquenti: trovandosi in questi nel 95 °/₀ almeno dei casi complessivi. Rivela con ciò nettamente il proprio carattere di stimmata degenerativa.

Esiste infinitamente più rara negli strati sociali supereriori: ed in questi pure, se non è proprio esponente di una particolare morbilità, va non di rado unita a diatesi costituzionali non sifilitiche o a caratteri di morbilità individuale (gotta, artritismo, erpetismo, epatismo, nervosità, neurastenia).

3. La lingua cerebriforme vera è, sempre congenita, talora anche ereditaria: è assolutamente indipendente dalla sifilide e dall'eredo-sifilide. Può trovarsi unita occasionalmente a malattie linguali, sifilitiche o no (glossiti esfoliative, glossiti sifilitiche sclerosanti); ma non presenta mai, come si è creduto, un locus minoris resistentiae sia a malattie intercorrenti sia alle sifilidi secondarie e terziarie. Si tratta in questi casi di concomitanze morbose accidentali: ciò che è dimostrato sia dalla loro rarità, sia dai precisi caratteri differenziali.

Oltre di ciò la lingua cerebriforme è, nei dementi paralitici, almeno cinque volte più rara che nei psicopatici in genere: i psicopatici portatori di lingua cerebriforme da me studiati non sono mai stati sifilitici: mentre infine la percentuale della lingua cerebriforme nei criminali osservati, di cui non meno di *un terzo* è dato da sifilitici conclamati, guariti o in atto, è quasi perfettamente uguale a quella dei psicopatici non sifilitici, cioè 15,4 °/₀ di fronte a 14,7 °/₀ ed inferiore anzi per le forme totali e complete, cioè 1, 77 °/₀ contro 2, 30 °/₀.

Tali ultime constatazioni di fatto escludono irrefutabilmente la sifilide dalla patogenesi della lingua cerebriforme.

4. La costituzione istologica del muscolo linguale superficiale — eccezion fatta per la caratteristica diastasi dei fasci muscolari, — è perfettamente normale: sono pure perfettamente normali tutte le funzioni di moto e di senso. La mucosa è integra, sana, indolente.

5. La genesi della lingua cerebriforme consiste in un' anomalia nel processo embriogenico di riunione dei gruppi più superficiali di fibre del muscolo linguale superficiale: i quali, anzichè svilupparsi uniformemente compatti secondo le tre dimensioni dei piani e dello spessore muscolari, si riuniscono attorno a determinati « centri di attrazione cellulare » e formano delle vere « isole muscolari » limitate e separate in ogni direzione da canalicoli che formano i futuri solchi. In pari tempo la mucosa trovando degli spazi liberi, vi si innesta per una legge necessaria di adattamento e vi si impianta diffusamente.

Da tale modalità meccanica di accrescimento deriva la caratteristica disposizione dei solchi mediani e trasversi e delle incisure dei bordi, che imprimono alla superficie linguale l'aspetto di una carta geografica, di uno scroto, ma più spesso delle circonvoluzioni cerebrali, per cui venne successivamente denominata geografica plicaturata, scrotale, e da me, cerebriforme. Questa è anche la genesi della macroglossia; e forse anche dell' ipertrofia papillare dovuta alla iperplasia, pure meccanica, della mucosa linguale.

6. La lingua cerebriforme, rara negli strati sociali più evoluti, va man mano intensificandosi verso gli ultimi strati sociali: si trova già meno rara nella piccola borghesia e nel popolo di città: esiste nel 14,7 °|₀ dei psicopatici maschi, nel 10 °|₀ dei psicopatici complessivi uomini e donne, nel 17 °|₀ dei psicopatici delinquenti nel 15, 4 °|₀ dei criminali. È quattro volte più frequente nell'uomo che nella donna, cinque volte più frequente nell'alienato e nel criminale anzichè nel normale: la frequenza massima delle forme globali e delle forme complete si trova nei psicopatici criminali (17 °|₀).

7. Risulta chiaramente da quanto fu detto che la lingua cerebriforme congenita è una stimmata di degenerazione morfologica dell'alienazione mentale e della criminalità; e concorre, in armonia con gli altri caratteri degenerativi del somatopsichismo, ben fissati dall'Antropologia generale e criminale, a delineare con

contorni sempre più precisi la figura bio-antropologica dell'uomo alienato e delinquente.

N.B. Il contributo iconografico avrebbe potuto essere ben più ragguardevole, dato il numero elevato di lingue cerebriformi da me osservate: ma l'ottenere buone fotografie di questi organi negli alienati, incontra spesso difficoltà insormontabili. Ho dovuto per ciò limitarmi a quanto mi è riuscito di ottenere in qualche psicopatico più docile e non del tutto indementito. Non ho potuto ancora ottenere qualche buona fotografia di lingua cerebriforme di *criminali gravi* e condannati a pene varie: ciò potrà essere argomento di ulteriori contributi iconografici.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSS. I. — (**personale**)

Psicosi epilettica.

M. A. di 48 anni, contadino, ammogliato. Nulla sofferse di particolare fino all'età di 40 anni. Nel 1900 cambiò di carattere, fuggì nei campi in preda a completo disorientamento.

Ricoverato in Manicomio, guarì in un mese ed uscì subito dopo: rientrò nel 1901 per la stessa sindrome confusionale che si risolse dopo sei mesi, in capo ai quali fu nuovamente dimesso.

Nel 1902 finalmente fu colpito da violenti attacchi di epilessia classica con lunga confusione postaccessuale. Attualmente gli attacchi si ripetono ogni 20-30 giorni. Nei periodi intervallari il paziente è lucido composto, orientato; quantunque manifesti un lieve ritardo percettivo dovuto ai danni incipienti del male. Ha vari figli tutti sani. Costituzione fisica robustissima: solo lieve arteriosclerosi centrale e periferica. Altezza personale 164: peso 70: cranio mesocefalo.

Tutte le funzioni della vita vegetativa e di relazione normali.

La lingua del soggetto è quella che ho descritto come *lingua tipo*; e per verità credo difficile trovarne un'altra che presenti così marcati e completi i caratteri morfologici e funzionali della *lingua cerebriforme congenita*. Oltre ai solchi caratteristici esiste lieve macroglossia e ipertrofia papillare marcatissima: due caratteri non certo patognomonici, ma assai facili a rilevarsi nelle lingue cerebriformi. (fig. 2-3).

Per confessione della madre del paziente, espressamente interrogata, costui nacque con la lingua così conformata, senza aver sofferto mai per ciò alcun disturbo: fu allattato dalla madre stessa.

(*Levi Bianchini* — Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique— Nouvelle Iconographie de la Salpétrière —1903).

OSS. II. — (**Payenneville**)

Soggetto normale

M. X. di anni 24. Il padre, medico, morto a 43 per tubercolosi (?). Madre viva, due fratelli maschi, vivi. Il primo, di 26 anni ha precoce

calvizie artritica; il secondo, nervosissimo, soffrì a 19 anni di ipercloridria e fosfaturia dopo una grande fatica mentale e presentò contemporaneamente placche alopeciche sul cuoio capelluto, barba, sterno, coscie, che guarirono col tempo.

La lingua del soggetto è solcata da un gran numero di strie parallele, simmetriche, egualmente disposte a destra ed a sinistra del solco mediano, marcatissimo; orientate dall'alto in basso e disposte in modo da somigliare molto da vicino alle venature di una foglia d'albero. (Tipo *foliaceo*, fig. 4). I solchi hanno i bordi a picco, l'ipertrofia papillare è appena avvertibile; la lingua non è niente più larga della norma.

Nessun disturbo soggettivo salvo lieve aprosessia nasale per granulazioni ipertrofiche faringee e nasali da abuso di fumo. Diverse deformazioni dentarie: denti corrosi: il 2° incisivo superiore destro è in arresto di sviluppo.

(*Payenneville* — La Langue plicaturée symétrique congénitale — J. Rousset, Paris — 1905).

OSS. III. — (**personale**).

Imbecillità morale.

C. P. di anni 22 contadino. Eredità negativa. Cresciuto regolarmente nel fisico, presentò fin dalla prima infanzia un modico ritardo mentale e morale. Nel 1901, in seguito ad una lite in famiglia, ebbe un periodo di agitazione motoria ed impulsività per cui si rese necessario l'internamento. In manicomio si manifesta abbastanza composto e docile, ma privo di senso morale: in famiglia del resto era stato sempre manesco, ribelle ed aveva percosso a varie riprese la madre. Non sofferse mai malattie: solo in età di 12 anni ebbe una bronchite acuta che guarì rapidamente.

La lingua di questo paziente presenta un grosso e profondo solco mediano: lateralmente a questo decorrono, dalla base della lingua fino alla punta, profonde striature trasversali, parallele, abbastanza simmetriche, in direzione obliqua dall'alto in basso e dall'interno verso l'esterno, fino ai bordi. Questi sono egualmente frastagliati dalle incisure terminali. Il volume dell'organo è normale; la funzionalità perfetta, manca l'ipertrofia papillare.

Morfologicamente si può calcolare del tipo *foliaceo* (fig. 5).

OSS. IV. — (personale).

Demenza ebefrenico-paronoide semplice

C. P. di 35 anni falegname, ammogliato. Non risulta eredità psicopatica, ma vi furono negli ascendenti materni parecchi delinquenti e, nei paterni, qualche gottoso.

I primi fatti di malattia mentale scoppiarono nel 1905 a Buenos-Aires, dove il C. fu ricoverato in manicomio dal dicembre di quell'anno al giugno 1906: rimpatriato in novembre fu trasferito al Manicomio di Nocera Inferiore ove trovasi tuttora. I sintomi presentati inizialmente furono sopratutto concezioni deliranti persecutive e grandiose su fondo di disorientamento, di lacune mnemoniche, di atimia, tanto che in principio si potè ritenere trattarsi di una demenza paralitica.

Rimase così per circa un anno, mescolando agli elementi persecutivi altri a fondo ipocondriaco e di gelosia; con qualche lieve allucinazione e con rarissimi scatti impulsivi. Si riordinò notevolmento alla fine del 1907; guari del periodo iniziale acuto a metà 1908 e fu messo a lavorare. Da allora il malato si mantiene perfettamente coerente, logico nel tenore di vita, conosce e sorveglia lui stesso i malati della sezione, aiuta gli infermieri. Permane tuttavia il fondo di interpretazione delirante a base egocentrica: si ritiene poco considerato e inadeguatamente apprezzato di fronte al proprio valore: accusa questo o quell'altro di dispregi e di dispetti: talvolta si eccita tiepidamente e protesta con dignità. Non rammenta quasi mai la famiglia: scrive al Re, al colonnello che anticamente comandava il reggimento d'artiglieria in cui fu soldato ecc.

La lingua è un magnifico esemplare di tipo *cerebriforme simmetrico totale.* (fig. 6, 8). Ai lati del solco mediano, biforcato a metà altezza, verso la radice, decorrono, attraversando il solco stesso e quasi annodandosi fra loro, profondi e numerosi e paralleli i solchi trasversali e longitudinali; bene ondulati, ininterrotti fino al bordo linguale: per modo che la superficie del muscolo è divisa in tanti isolotti stretti ed eguali. Un altro lungo solco decorre, parallelamente al mediano, nella metà destra dell'organo: due altri infine, un pò più brevi ed obliqui, a sinistra. Le dimensioni dell'organo sono un po' più che normali (il soggetto è robusto e alto cm. 175): l'ipertrofia papillare è bene accentuata. Anche il bordo linguale è intersecato da una serie di incisure e pieghettature caratteristiche. La funzionalità è normale e completa.

OSS. V. — (**personale**).

Mania confusionale ricorrente: involuzione senile

L. P. operaio, di 59 anni. Il padre è tuttora vivente ed ha 86 anni. Un fratello scontò 20 anni di carcere per omicidio; finiti i quali fu internato in manicomio perchè affetto da malattia mentale e vi morì nel 1911 di colera.

Il paziente crebbe analfabeta, buon lavoratore, in mezzo a molti stenti. Non amava il padre ma nutriva un certo affetto verso la madre ed i fratelli. La relazione medica del 1912 parla di epilessia (giovanile?) che però non è mai stata osservata in manicomio. Il malato fu ricoverato la prima volta nel 1890 per una forma di mania confusionale che guarì; ma si ripresentò con gli stessi caratteri ed esiti, ad intervalli di 2-6 anni, per altre cinque volte. Attualmente trovasi al suo 6° internamento: è tranquillo, anergetico, docile, mentalmente indebolito. Non si riconoscerebbe più, in questo vecchierello piccolo e silenzioso, il malato euforico, impulsivo, loquace, irrequieto di alcuni anni fa.

La lingua del L. è un esemplare di tipo cerebriforme completo, quasi simmetrico. Dalla base dell'organo verso l'avanti decorrono sei solchi trasversali, ravvicinati fra loro, paralleli, diritti: al di sotto di questi una serie di insolcature, pur esse dimostranti un certo parallelismo, decorrono invece in direzione longitudinale e si presentano di conseguenza perpendicolari ai solchi trasversi superiori. È scomparso il solco mediano: solo a metà lingua, verso la punta, questo è sostituito da un solco screziato, tortuoso e ramificato. Lateralmente i solchi si continuano verso i bordi, fino a perdersi: per modo che i bordi stessi appaiono integri e non sono frastagliati da incisure (fig. 16). Non si osserva ipertrofia papillare.

OSS. VI. — (**personale**).

Melanconia ansiosa con idee coatte e allucinazioni ossessive

M. A. di anni 38. In età di 7 anni sofferse di meningite che lasciò tracce indelebili sul carattere e sul psichismo. Verso i 14 anni infatti cominciò ad essere confuso, impulsivo, amnesico, allucinato, a mutare carattere, ed assumere un'andatura poco composta. Riuscì tuttavia a studiare e a farsi prete: ma dopo 16 mesi di sacerdozio smise l'abito talare affermando di non sentirsi votato a tale vita. Fu ammogliato in giovane età ed ebbe tre figli, viventi. Nel 1905 fu internato per pochi mesi, ma due volte di seguito in un manicomio di Napoli; nel 1912 fu ammesso a Nocera ove trovasi tuttora.

La psicosi del malato è caratterizzata da melanconia, ideazione coatta allucinosi ossessiva. Esplode in accessi di pianto incoerenti, disperati ed apparentemente immotivati: poi confessa che è tormentato dalla parola « *Re* » che egli si sente, non sa come, martellare nella testa. Altre volte domanda: « *È vero che mi debbono uccidere; é vero che i miei figli sono morti e che mia moglie é stata uccisa?* » Sente delle voci che gli dicono: « *ladro, devi morire tu e tua moglie;* » sente « *un delirio di povertà;* » sente « *il pretore del suo paese dire: certuni bruciano la figura del Re* » e si rivolge al medico domandandogli il perchè di questa straziante rappresentazione imperativa che non gli dà pace e lo immerge nel più profondo abbattimento.

Ha un aspetto smarrito e confuso, ma risponde a molte domande con perfetta coerenza, pur esaurendosi presto ed orientandosi irresistibilmente verso le sue ossessioni allucinatorie. « *Ogni tanto*, soggiunge, *sentivo, in casa, mia zia nubile aprire con la chiave di sotto al mio studio.* » Un'altra volta mi interloquì: « *Un pazzo mi ha detto che i carabinieri presero mio figlio e gli tagliarono il membro virile; ma poi mia moglie mi scrisse che sta bene.* »

È estremamente ipoprosessico, passa gran parte della giornata chiuso in sè e dominato dalla ideazione coatta delirante-sensoriale che ha forse, come sede anatomica centrale, la sfera psico-uditiva. È religioso e scrive alla moglie lettere perfettamente sensate dolenti e invocanti l'aiuto di Dio. Stato fisico scadente, asma da enfisema: tic di ptialismo intercorrente. Un complesso di degenerazione psichica enorme, senza vera demenza, da una causa organica ben precisa e che sembra essere stata, se non l'unica, certo la massima determinante morbigena.

La lingua del paziente è il solo magnifico esemplare che si possa ascrivere alla varietà *scrotale*. Pochi solchi, ma assai marcati, brevi, ondulati, trasversali o leggermente obliqui partono dal tronco centrale grosso e ramificato che corrisponde al solco mediano. Altri solchi minori, trasversali, brevi, decorrono lateralmente verso i bordi linguali: i bordi stessi sono lievemente frastagliati da incisure che segnano spesso il decorso terminale dei solchi ultimi descritti. La superficie linguale presenta una grande somiglianza con la porzione inferiore dello scroto in stato di contrazione tonica: del resto la chiarezza della riproduzione fotografica ci dispensa da ulteriori dettagli descrittivi. Non si osserva ipertrofia papillare (fig. 10).

OSS. VII. — (personale).

Mania ricorrente ed alcoolismo

Scav. Nicola di anni 65, contadino. Eredità negativa. Amante del lavoro, di carattere buono; in gioventù onanista e strenuo alcoolista. A 40

anni sofferse di influenza, dopo la quale presentò sintomi di confusione ed agitazione che continuarono attenuati per alcuni mesi; scomparvero, ritornarono a presentarsi negli anni seguenti, finchè, in età di 45 anni, nel 1894, fu internato in manicomio. Ne uscì guarito due anni dopo nel 1896 e rimase in paese altri 10 anni. Ma ai danni del vino si aggiunsero quelli della senilità incipiente; il malato ricadde nella sindrome maniaco-confusionale e fu ricoverato definitivamente nell'Asilo. Qui, da allora, presenta un lieve decadimento mentale globale: che non impedisce però che egli stesso preannunci i suoi attacchi maniaci ricorrenti e chieda di venir isolato. Questi attacchi, nei primi anni di ricovero, erano assai frequenti: 5-6 all'anno; attualmente si sono fatti più rari (1-2) ma conservano gli identici caratteri di comparsa, di sviluppo, e di risoluzione. Il malato è un tipico ricorrente le cui caratteristiche psicopatiche sono state accentuate e favorite dall'abuso del vino.

La lingua del malato è di tipo cerebriforme pressochè totale e, nel suo genere, simmetrico. Quattro grossi solchi trasversali più o meno dilatati, ondulati, interrotti, si trovano parallelamente disposti nella porzione centrale dell'organo. E' totalmente scomparso qualsiasi accenno al solco mediano. Lievi incisure frastagliano il bordo linguale destro: mancano al sinistro. Quì sono assai evidenti le papille ipertrofiche, visibili del resto con tutta chiarezza al bordo sinistro ed alla punta. Non esiste macroglossia (fig. 11).

OSS. VIII. — (personale)

Epilessia e lieve frenastenia

C. D. nato nel 1884, povero. Il padre fu alcoolista. Il malato è epilettico fin dall'infanzia: era egoista, malvagio, ozioso. Spesso percuoteva la madre: fu dedito al furto, all'incendio, alle violenze. Gli attacchi convulsivi sono poco frequenti e di modica violenza. In manicomio è spesso impulsivo, probabilmente in equivalenza psico-epilettica. Una volta fu pedarasta attivo: molto probabilmente però sia per stimolo sessuale normale e insoddisfatto, sia per invito di un compagno, invalido morale e notoriamente invertito. E' lucido e orientato, dissimulatore: nei periodi intervallari perfettamente tranquillo e discreto lavoratore in sezione.

La lingua è a tipo cerebriforme totale, abbastanza, ma non del tutto simmetrica: i solchi sono brevi, numerosi, paralleli, scaglionati obliquamente dall'alto in basso e dall'interno verso l'esterno, attorno al solco mediano diritto e ben marcato. Da questo, verso il suo 3° esterno, si parte una ramificazione assai evidente verso sinistra. Il bordo linguale sinistro è appena intaccato da qualche lieve incisura: il bordo destro ancora meno. Chiarissima e totale l' ipertrofia papillare: un lieve grado di

macroglossia è rilevabile solo a lingua totalmente estesa e protrusa. I solchi non sona molto profondi (vedi per Il confronto le figure 10-11) ed avvicinano per ciò la lingua al tipo superficiale. (fig. 12).

OSS. IX. — (**Payenneville**)

Soggetto normale (tare somatiche)

Signora N. N. 54 anni, mestruata a 13. Ha 11 figli *di cui 3 a lingua cerebriforme.* Padre morto di arteriosclerosi a 58 anni: la madre non si sa esattamente di che. Costei però ebbe pure 11 figli *e fu portatrice pure di lingua cerebriforme.*

La paziente ebbe una convulsione a 6 anni, sofferse di rosolia; presentò, nell'età adulta, fenomeni di artritismo e coliche epatiche. Molti fratelli di lei soffrono di gonidrarti: tre delle sne figlie scoliotiche.

La lingua è a tipo cerebriforme totale ma si può considerare una forma di passaggio dalla forma simmetrica all'asimmetrica, avvicinandosi però assai più a quest'ultima. Il solco mediano è molto infossato ed intersecato, nella regione delle papille circonvallate, da due grossi solchi trasversali. Ai lati di quello, la superficie linguale è percorsa da numerosi solchi profondi, irregolari che quasi la tagliuzzano in ogni senso e direzione. Esiste chiara ipertrofia papillare, lievissima macroglossia. Nessuna alterazione funzionale: colorito rossocupo. I margini sono abbastanza regolari, ma di tratto in tratto sono come incisi dai solchi che si prolungano fino ad essi a destra e a sinistra (fig. 13).

La signora afferma di aver avuto, a sua ricordanza, la lingua sempre ad un modo.

OSS. X. — (**Payenneville**)

Soggetto normale (tare somatiche)

Signora R. anni 28, *figlia della signora* N. N. (oss. IX). *E' gemella di un'altra sorella, che porta pure la lingua cerebriforme.* (v. oss. XVII fig. 22). La signora R. presenta varie malformazioni dentarie lievi; incisivi e canini meno sviluppati a destra che a sinistra. Sofferse a 10 anni di gonidrarto traumatico. Lieve alopecia precoce; coliche epatiche; frequenti cefalee. Maritata a 24 anni; un anno e mezzo dopo ebbe un parto a termine.

La lingua è a tipo cerebriforme totale asimmetrico. Porta un solco mediano profondo, irregolare ai suoi bordi, lunghissimo. I solchi laterali sono massimamente pronunciati alla periferia della lingua il cui margine,

per effetto di questi, è assai irregolare e tagliuzzato. Marcatissima ipertrofia papillare: lievissima macroglossia (fig. 14).

OSS. XI. — (**personale**)

Frenastenia e imbecillità morale

Lom. C. di 18 anni, contadino. Genitori di cortissima intelligenza, ma buoni e sani. Eredità negativa. Il ragazzo fu fino all' età di 13 anni tranquillo, ma presentò tutte le caratteristiche del ritardo mentale, mentre lo sviluppo fisico si compiva regolarmente. A quest'epoca (inizio della pubertà) presentò una completa modificazione affettiva: divenne crudele contro gli animali, fuggiva per le campagne abbandonando il gregge di pecore, percuoteva la madre e minncciava di morte il padre. Rimase tollerato in famiglia fino alla fine del 1904: ma resosi pericoloso anche in pubblico, fu internato in manicomio. Qui pure è ribelle, violento, ladro, prepotente: perfettamente conscio delle sue imprese, delle quali si compiace, ridendo. Non rispetta nè infermieri nè medici: è inadattabile a qualsiasi lavoro.

La lingua, a tipo totale asimmetrico è intersecata per ogni direzione da incisure profonde, brevi, larghe, irregolari, numerosissime sia sulla superficie che ai bordi. Scomparsa assoluta del solco mediano. Lieve ipertrofia papillare: non macroglossia. Tutte le funzioni dell'organo sono normali (fig. 15).

Il malato non ha mai sofferto malattie, all'infuori di un lieve morbillo; per cui la lingua, come del resto tutte quelle osservate, è senza alcun dubbio congenita.

OSS. XII. — (**personale**)

Epilessia e frenastenia da cerebroplegia infantile

De T. V. di anni 35. Nulla si sa di lui, all'infuori che è ammogliato e che il padre suo si chiama Domenico. È balbuziente, presenta emiplegia infantile destra, con paresi spastica dell' arte inferiore e contrattura in flessione totale della mano. Vive da nove anni diviso dalla moglie. Fu ammesso in manicomio nel 1911 perchè trovato in istrada dalle guardie di città mentre vagava in stato di incoscienza e di confusione. Soffre di frequenti attacchi epilettici, ora semplici, ora complicati ad aggressività e confusione completa: altre volte presenta equivalenti confusionali della durata di 1-2-7 giorni, durante i quali è violento aggressivo, allucinato, totalmente disorientato. Patrimonio mentale assai povero. È spesso affetto

da acrocianosi delle estremità per asfissia locale: in questo stato che decorre parallelo alle recrudescenze psico-epilettiche, rivela una dermatite a larghe placche rilevate, dolorose, rotonde, che scompaiono col ridursi della paralisi vasomotoria.

La lingua del malato è un ammirabile esemplare di tipo cerebriforme completo e simmetrico. Dalla regione delle papille circonvallate fino alla punta, una serie ininterrotta di solchi trasversali a zig-zag, simmetrici, paralleli, vicinissimi frastaglia l' intera superficie linguale che apparisce come tagliuzzata per un numero infinito di colpi di bisturi: le incisure determinate dai solchi si accentuano ancor più verso i bordi linguali· dove raggiungono il massimo di evidenza e di profondità. Si osserva uniforme, se pur modica ipertrofia papillare e lieve macroglossia, specialmente nel senso della lunghezza dell'organo, resa assai evidente dalla riproduzione fotografica (fig. 9).

OSS. XIII. — (**personale**)

Psicosi alcoolica in deficiente originario

Pis. G. di anni 63, contadino, celibe. Eredità negativa. Fu sempre corto di intelligenza, ma buono e tranquillo: dedito soverchiamente al vino. Ha una bruttezza da mandrillo. Nel 1907, in seguito agli inveterati abusi alcoolici agenti su un terreno già minato e ormai senile, cadde in uno stato di notevole eccitamento psicomotorio, cambiò carattere, divenne manesco, accattabrighe, pericoloso: abbandonò il lavoro. Internato in manicomio si ricompose dal periodo acuto, in 7-8 mesi: permanendo le note fondamentali della deficienza mentale originaria aggravate dalle alterazioni corticali dell'alcoolismo cronico. Attualmente è puerile; ora timido e umile, ora litigioso e prepotente: inadattabile al lavoro.

La lingua cerebriforme totale asimmetrica presenta, all'estensione completa, una curiosa strozzatura al 3° medio superiore ed una lieve ipertrofia di tutta la metà destra: i solchi profondi, non numerosissimi, ma lunghi e ondulati decorrono a preferenza orizzontali nella prima metà (dalla base all'esterno) e verticali nella seconda metà fino alla punta. Permane, in questa regione, appena una traccia di solco mediano, sostituito da una profonda insolcatura. È interessante osservare come per avere un'idea precisa della morfologia della lingua cerebriforme occorra farla protendere ed estendere al massimo; poichè l'aspetto di una stessa lingua può trarre in inganno ove sia considerato a lingua brevemente contratta e non del tutto estesa (v. fig. 17-18).

L'organo presenta lieve macroglossia: non esiste ipertrofia papillare. Funzionalità perfettamente normale.

OSS. XIV. — (**Moretti**)

Idiozia mongoloide

P. F. di anni 26, contadino. Una cugina del padre, morta a 30 anni nubile, fu affetta da idiozia probabilmente pure mongoloide. Nulla nel gentilizio. Gemello e sesto nato di otto figli, di cui sette viventi e tutti, ad eccezione del malato, sani e robusti. La sorella gemella, nata con lui, morì ad un anno di età con convulsioni e febbre: alla medesima epoca il paziente soffrì di uguali convulsioni, che poi guarirono. La deficienza di sviluppo somato-psichico fu avvertita fin dai primi anni di età: attualmente il malato cammina bene, parla e comprende pochissime parole, è tranquillo.

Lingua cerebriforme totale asimmetrica: con pochi solchi ma profondissimi, arcuati e lunghi: bordi totalmente intercisi da insolcature profonde: enorme macroglossia; accentuata ipertrofia papillare. La splendida fotografia, favoritami dall'A. mi dispensa da ulteriore illustrazione (figura 19).

(*Moretti* — Due casi di idiozia mongoloide — Rivista di patologia nervosa e mentale, 1913).

OSS. XV. — (**personale**)

Demenza senile

Di L. P. di anni 75, ammesso in manicomio nel settembre 1913. Anamnesi ignota. Il referto medico avverte che fino ad una data epoca, cioè fino ai 45 anni fu buono e laborioso: poi, per diversi traumi al capo subiti in rissa, per colpi di zappa e di pietra, mutò carattere e divenne cattivo, misantropo, ozioso. Sofferse anche di una grassazione per cui subì una paura fortissima: tale shock emotivo aggravò le sue tendenze alla violenza e all'ozio. Migliorò spontaneamente per qualche anno: poi tornò ad essere violento contro le persone di famiglia e contro i contadini suoi pari. Procedendo nel tempo divenne incendiario e ladro; presentò spiccate tendenze erotiche abnormi come esibizionismo sfrontato, masturbazione, tentativi di aggressioni sessuali contro donne e bambini.

In manicomio è sempre agitato, minaccioso, panclasta: accusa il figlio di omicidio; la nuora di prostituzione, incendio, avvelenamento; il sindaco di aver coito con 8 donne della famiglia: è spesso logorroico.

La lingua è a tipo cerebriforme asimmetrico totale: tutta occupata da solchi brevi e profondi, mediani, obliqui, trasversali: bordi incisi, vo-

lume e funzionalità normali (fig. 20). Non c'è nè ipertrofia papillare nè macroglossia.

OSS. XVI. (**personale**)

Frenastenia e involuzione mentale senile

Cilf. D. di anni 66, contadino. « La moglie morì per sifilide cerebrale. Una figlia ha presentato fenomeni di sifilide ereditaria. É lecito arguire che anche il soggetto sia stato sifilizzato, quantunque nulla permetta una diagnosi diretta. » Così si esprime la relazione medica che accompagnò il malato in manicomio nel 1906: e del resto costui non ha mai rivelato, in questo decennio di soggiorno, alcunchè di sifilitico.

Fin da ragazzo il malato fu violento, ozioso, di scarsa intelligenza e affettività: attaccò brighe con tutti, fu spesse volte in carcere per rissa; una volta sparò un colpo di rivoltella a bruciapelo, contro la moglie, nei primi anni di matrimonio.

Fu ammesso in manicomio nel 1906, quand'era già decaduto mentalmente: da allora in poi si è mantenuto tranquillo, silenzioso, disaffettivo e si adattò subito alla vita ambiente. Non presenta piú nè impulsioni nè tendenze a reagire. Eredità negativa.

Lingua cerebriforme asimmetrica totale assai simile a quella del caso precedente: solco mediano scomparso: numerosi solchi profondi, in direzione prevalentemente trasversale tagliuzzano l'intera superficie linguale mantenendosi egualmente profondi fino ai bordi. Volume e funzioni normali: non ipertrofia papillare (fig. 21)

OSS. XVII. — (**Payenneville**)

Soggetto normale (tare somatiche)

Signora Z. *gemella della signora R.* (*oss. X*) *e figlia della signora* N. N. (*oss. IX*). Ha 28 anni: due figli vivi e sani. Soffre essa pure di manifestazioni artitriche e di coliche epatiche.

La lingua ha il solco mediano marcato e larghissimo, mentre i solchi laterali trasversi, specie a destra, sono assai superficiali e vaghi. Il margine linguale è per conseguenza molto più netto e regolare e quasi uguale alla norma. Il volume dell'organo è di assai poco maggiore della norma: scarsa l'ipertrofia papillare. Nessun disturbo della sensibilità o della salivazione: nessuna erosione dei bordi: mucosa perfettamente sana e integra. È un tipo cerebriforme asimmetrico, incompleto, superficiale (fig. 22).

CSS. XVIII. — (**personale**)

Psicosi Maniaca confusionale ricorrente

C. N. nato nel 1868 muratore. Eredità ignota. All'età di 7 anni sofferse di difterite: ne residuò un'otite che stentò assai a guarire e che lasciò da allora in poi il ragazzo ozioso, svogliato, irritabilissimo. Verso i 28 anni scoppiò il primo accesso maniaco con panclastia, violenze, disordine psicomotorio: da allora in poi il malato presentò una continua alternativa di episodi psicopatici e di calma (durante uno dei quali ultimi, a 30 anni, si sposò); finchè, reso impossibile il suo soggiorno in famiglia, fu internato nel 1903. Uscì un anno dopo; rientrò nel 1907; fu dimesso nell'aprile 1908 per poi rientrare definitivamente, un mese dopo, cioè nel maggio dello stesso anno. Il malato presenta lunghi periodi di calma intercalati da episodi maniaci, spesso confusionali, che durano alle volte pochi giorni, altre volte, e di regola 1-3-4 mesi, sempre con gli stessi caratteri. Negli stati intervallari lavora e vive in buona compagnia: si fa invece pericoloso, disorientato e talvolta allucinato negli stati opposti. Mentalità decaduta; affettività quasi abolita.

Lingua a tipo cerebriforme superficiale incompleto, pur accennando a qualche simmetria; lieve ipertrofia papillare, volume e funzioni normali. La metà centrale dell' organo è percorsa da insolcature lievi, trasverse, continuantisi l'una dopo l'altra quasi formando un tronco ramificato, che corrisponde, per ubicazione, al solco mediano: lateralmente, specie a destra si osservano piccoli solchi obliqui, brevi, abbastanza pronunciati che mancano invece quasi del tutto a sinistra. Bordi assai lievemente frastagliati. (fig. 23).

OSS. XIX. — **personale**

Psicosi epilettica (tardiva?)

Fer. T. nato nel 1863, ammesso nel febbraio 1914; sediaio. Carattere untuoso, molesto, querulo. Attacchi poco frequenti e non ecccessivamente gravi. Alla fine del 1914, preceduto da due attacchi e da impulsi feroci, immotivati e pericolosissimi, insorse un periodo psicoepilettico di estrema gravità, con confusione mentale completa, allucinosi, verbigerazione, amenza che durò un mese e mezzo e ridusse il malato in fin di vita. Guarì bene e si ricompose: presenta però ancora delle impulsioni istantanee e feroci. Nei periodi intervallari esprime idee ipocondriache: sente un animale che gli rode il costato; piange pensando ai figli e chiede ritornare in famiglia.

La lingua è un chiaro esemplare di tipo superficiale rudimentale: il volume è non solo normale, ma anzi piccolo rispetto alla statura del soggetto (m. 1,70): non esiste ipertrofia papillare: i bordi sono normali. Nel centro della lingua decorre il solco mediano ramificato da solchi brevi, paralleli, trasversi, incrociantisi all'estremità con qualche raro solco longitudinale: tutti superficiali e poco profondi, per quanto estremamente chiari (fig. 25).

OSS. XX. — (**personale**)

Frenastenia e sordomutismo

Cav. G. di anni 33. Eredità negativa. In età di 3 anni e mezzo sofferse di tifo e di meningite, indi di morbillo. L'intelligenza che fino allora si era sviluppata normalmente, subì un certo arresto: oltre di ciò il malato perdette la favella e l'udito. Crebbe tuttavia valido nel fisico e riuscì ad apprendere l'arte di giardiniere. In età di 26 anni prese moglie. Costei però lo abbandonò nel 1912. Verso quest'epoca cominciò a trascurare le proprie occupazioni; si mise ad inseguire molte donne, senza riguardo all'età ed alla condizione, a scopo sessuale, nel giardino pubblico, si fece eccitato, manesco e fu licenziato dal servizio comunale. Fu internato nel 1913. In manicomio si mantiene generalmente tranquillo, salvo qualche periodo intervallare di lieve subeccitamento.

La lingua presenta un aspetto curioso, che non ho mai trovato prima d'ora e per cui credo di denominarla *lingua a freccia*. Il solco mediano decorre press' a poco normale, fino al 3° esterno dell'argano, ove si arresta: al di sotto di questo si trovano due forti solchi obliqui, diretti, simmetricamente equidistanti, riuniti verso la punta da un piccolo tratto di congiunzione, a forma di V e che dànno molto bene l'impressione dei bordi e dell'asta di una freccia. Nel resto la lingua è normale, salvo delle impressioni delle arcate dentarie molto accentuate verso la punta. (fig. 26). Può ritenersi una varietà molto lontana dalla cerebriforme, ma legata ad essa, verosimilmente, dallo stesso processo ontogenetico.

OSS. XXI. — (**personale**)

Mania confusionale e demenza terminale

Or. G. nato nel 1851, contadino. Eredità psiconeuropatica negativa. Il padre morì di cancro alla tempia destra (?). Il malato si sviluppò normalmente e di media intelligenza. Nel 1871-72, durante il servizio militare, sofferse gravi febbi malariche e presentò per la prima volta sintomi di agitazione e confusione mentale, per cui venne ricoverato allo Spedale

militare di Catanzaro. Passò a matrimonio, emigrò nell'America del Sud, dove nel 1903 ripresentò una sindrome psicopatica per cui fu fatto rimpatriare. Sbarcato a Napoli passò al manicomio di Sales e da questo nell'ottobre, al nostro. Qui presentò una sindrome di eccitamento confusionale, da prima subacuta, poi cronicizzata; che migliorò lentamente e diede luogo ad uno stato di indebolimento mentale innocuo e tranquillo. Ritirato in esperimento nell'aprile 1906, vi ritornò definitivamente cinque mesi dopo. Il contegno da allora è andato decadendo di pari passo all'intelligenza: il malato è a periodi agitato e depresso; oramai abbrutito, disordinato, collezionista, pantofago. Mette in bocca tutto ciò che trova: grida e monologhizza con un timbro di voce basso e orribile: è impulsivo e totalmente indementito.

La lingua del paziente, a tipo pittosto superficiale e quasi completo, presenta tre solchi paralleli bene accentuati, trasversali, che si continuano verso i bordi con incisure più sfumate e staccate e non molto simmetriche; per quanto queste ultime non arrivino alla varietà di direzione e di forma che si osservano nei tipi completi e asimmetrici.

La fotografia, perfettamente a fuoco, rende i solchi un po' più evidenti di quanto non lo siano sull'organo, dove pur essendo assai netti, hanno un aspetto decisamente superficiale (fig. 24).

OSS. XXII. — (**personale**)

Accesso delirante in imbecille

Bon. G. ramaio, nato nel 1865. Una sorella isterica. Il malato sofferse parecchie volte di malaria. Fu sempre poco intelligente e suggestionabile; amante del lavoro ma di animo malvagio. In età di 12 anni cadde da un solaio riportando una ferita al capo. Sposò a 39 anni. Sarebbe caduto in preda ad uno stato psicopatico, nel 1905 perchè gli amici gli avevano fatto comprendere per ischerzo che la moglie lo tradiva e voleva farlo uccidere dal drudo (mai esistito); avrebbe presentato esaltazione emotiva, idee ossessive di venir ucciso, concezioni persecutorie, insonnia, timore infondato. Si coricava vestito per esser pronto a fuggire. Litigava spesso con la moglie, da poco sposata e passava a vie di fatto: colei lo minacciava col pugnale e talora, di notte, usciva chiudendolo in casa. Da 10 anni il contegno del malato è quello di un deficiente critico e volitivo: lavora da cuoco ma è capriccioso ed instabile. Manifesta un psichismo da ragazzo, non da uomo. Crede sempre blandamente che la moglie l'abbia tradito e che le persone con cui attualmente vive lo maltrattino.

Presenta ipertricosi del cuoio capelluto che copre quasi tutta la fronte: diastemi dentarii, denti seghettati, mandibola larga, orecchie ad ansa.

La linguo presenta una bellissima striatura, costituita da tre solchi dritti, quasi uguali: di cui uno è il solco mediano normale, due altri simmetrici e laterali ad esso, con tendenza a ravvicinarsi verso la punta: volume e mucosa perfettamente normali. Si può dire un tipo *striato* molto simile a quello descritto dal *Dell'Erba* in un alienato criminale (20): non è possibile prenderne la fotografia per la recisa opposizione del paziente. Del resto la lingua non presenta né incisure di bordi, nè altre infossature, all'infuori delle strie descritte.

OSS. XXIII. — (**personale**)

Stato di demenza (epilettica?)

Man. G. di a. 45, contadino. Eredità negativa. La relazione medica afferma che il malato sofferse di convulsioni epilettiche e che nel 1911 incominciò a dar segni di alienazione mentale: con confusione, allucinosi, panclastia, impulsioni, poriomania, cui pare si unissero o succedessero interpolatamente delle vertigini o degli attacchi motori. Ammesso in manicomio nel 1912 non ha presentato finora alcun fatto epilettico: ma invece manifesta un evidente stato demenziale, con linguaggio povero e puerile, con motteggi, lieve e incomprensibile monologazione ecc.

La lingua è a tipo cerebriforme asimmetrico incompleto, con una epulide (?) a forma di cece sulla superficie linguale, nella linea mediana di essa, a $^1/_2$ cm. dalla punta. È assolutamente impossibile far protendere la lingua all'esterno, e di conseguenza, fotografarla: il malato apre la bocca, compie delle curiose sincinesie, afferrandosi le labbra e la mandibola con le mani, stringendo e dibattendo le palpebre; ma la lingua, tremolante, rimane come incollata nel fondo.

OSS. XXIV. — (**personale**).

Epilessia e frenastenia

Lar. T. di a. 38, contadino. Anamnesi totalmente ignota. Faccia mongoloide, irregolare, fronte convessa, piena di cicatrici, aspetto abbrutito. Attacchi motori frequenti e violenti ai quali talvolta segue un postumo di agitazione allucinatoria e confusionale con impulsioni violente. In generale però tranquillo e torpido: abbastanza orientato rispetto all'ambiente e alle persone, poco rispetto al tempo. È in manicomio da tre anni.

La lingua è a tipo cerebriforme incompleto, fra il simmetrico e l'asimmetrico. Presenta nel terzo di mezzo, e per tutta la lunghezza una

serie d'insolcature trasversali, parallele, ondulate: i due terzi laterali sono lisci fino a $^1/_2$ cm. dai bordi della punta. Qui si presentano varie incisure lineari, oblique dall'alto in basso e dall'interno all'esterno che ricordano in modo rudimentale la lingua foliacea. Bordi liberi da incisure. Non ipertrofia papillare, non macroglossia. È impossibile prendere la fotografia.

OSS. XXV. — (**personale**).

Psicosi allucinatoria cronica e demenza terminale

D'Am. R. di a. 71. In età di 36 anni, nel 1880, commise unitamente al padre una grassazione con omicidio. Il padre fu condannato ai lavori forzati a vita; il malato a 30 anni di reclusione. Passato alle carceri di Bari, dopo pochi anni presentò sintomi di malattia mentale e fu ricoverato nel manicomio giudiziario di Ambrogiana nel 1889, ove rimase fino al termine della pena, cioè al 1910. A quest'epoca fu trasferito nel manicomio di Nocera ove trovasi tuttora.

La psicosi da cui è affetto il malato ebbe tipo allucinatorio delirante per tutta la sua durata fino alla vecchiaia e conserva tuttora assai nettamente, attraverso la demenza terminale, i suoi caratteri fondamentali. Il malato è talvolta allucinato ed impulsivo; sempre delirante: si ritiene perseguitato dall'antico direttore dell'Ambrogiana: minaccia di strozzare i parenti quando ritornerà in famiglia e vuol vendicarsi ancora sui medici che lo curano. Si mantiene tuttavia, data l'età, effettivamente innocuo.

La lingua è a tipo cerebriforme superficiale, simmetrico, parziale. Bordi perfettamente liberi. Le insolcature longitudinali e trasversali si arrestano a $^1/_2$ cm. dai bordi stessi e sono parallele ma distanziate le une dalle altre. Solco mediano scomparso nei due terzi superiori: presente al 3.° superiore fino alla punta. Non ipertrofia papillare, non macroglossia, non incisure ai bordi. È impossibile prendere la fotografia.

OSS. XXVI. — (**personale**)

Demenza ebefrenica

Mass. G. di a. 41 possidente. Eredità ed anamnesi ignote. Fu ammesso in manicomio una prima volta dal gennaio all'aprile 1903, una seconda dal giugno 1903 all'agosto 1905: la terza volta entrò nel novembre 1910 e da allora nòn è più uscito.

La psicosi insorse con uno stato maniaco e guarì apparentemente due volte: la prima dopo 4 mesi, la seconda dopo 26. Ma queste sin-

dromi erano invece prodromiche di una demenza primitiva conclamata, a tipo ebefrenico. Il malato è totalmente dissociato, rimbambito, ecolalico; presenta una tipica « insalata di parole »; è sudicio e trasandato. Predomina e domina il campo mentale l'autismo schizofrenico più caratteristico. Non prova emozione alcuna dinanzi ai parenti che appena riconosce ed ha irrimediabilmente perdute le antiche caratteristiche del gentiluomo.

Lingua cerebriforme simmetrica, completa, superficiale, con un solco mediano assai tortuoso e intercalato da solchi trasversali, paralleli, diffusi dalla radice alla punta dell'organo. Questi a lor volta sono intersecati ad angolo retto da altrettanti solchi longitudinali e pure paralleli; così che conferiscono alla lingua un aspetto reticolato assai caratteristico e regolare. Non ipertrofia papillare, non macroglossia, non incisure ai bordi. E impossibile ottenerne la fotografia.

OSS. XXVII. — (**personale**).

Psicosi maniaca ricorrente

Çer. V. di a. 58, negoziante. I genitori furono sani ed intelligenti: i fratelli sono abili lavoratori e commercianti. Il malato crebbe sveglio e intelligente, per quanto strano ed eccentrico. Verso l'età di 28 anni, mentre accudiva ai suoi negozii, cominciò a presentare uno stato di eccitamento maniaco finora mai osservato: a dire che doveva sposare una donna di non comune bellezza e nobiltà; ad eccedere nel mangiare e nel bere, facendosi aggressivo e violento. Nel 1885 fu internato nel Manicomio di Aversa donde uscì 11 mesi dopo, nel 1886, per la morte del padre. Col peculio ereditato emigrò in America credendo di poter diventare ricco: consumò quanto possedeva e se ne ritornò in breve in Italia dove, quasi ogni anno, ebbe a soffrire ricorrontemente dello stato maniaco insorto la prima volta nel 1885. Non potendo esser custodito in casa, fu ricoverato nel manicomio di Nocera, dove si trova ininterrottamente, da allora.

Le facoltà mentali del soggetto presentano tuttora le antiche caratteristiche: cioè periodi di calma, relativa lucidità, compostezza, famigliarità, durante i quali scrive in famiglia e mantiene un reale contatto con l'ambiente; ed altri di confusione, lieve allucinosi, eccitamento motore di modico grado, verbigerazione e monologazione, per cui deve venir isolato. Non è tuttavia pericoloso, se pur talvolta tiepidamente impulsivo.

Bell'esemplare di lingua cerebriforme parziale e in qualche modo simmetrica. Nel centro della lingua, e nei due terzi superiori, decorrono 7-8 solchi trasversali e paralleli della lunghezza di 1 centimetro, mentre

il resto della superficie linguale, a destra e a sinistra è totalmente liscio e piatto.

Nel 3.° inferiore invece, tali solchi trasversali, pure paralleli, occupano tutta la larghezza dell'organo; sono anfrattuosi, ondulati, profondi. La forma complessiva dei solchi è come una ⊥ rovesciata con la branca longitudinale rivolta in basso. Non macroglossia, non ipertrofia papillare, non incisure ai bordi. È impossibile ottenerne la riproduzione fotografica.

OSS. XXVIII (**personale**).

Demenza eboidofrenica tardiva.

Br. N. nato nel 1869. Paraparesi della gamba destra da poliomielite infantile (?). Anamnesi famigliare e individuale negativa. Il padre fu un buon medico. Il malato esercitò l'ufficio d'impiegato postelegrafico con molta intelligenza.

Nel marzo 1909, quasi improvvisamente, per forti preoccupazioni e patemi d'animo, presentò una mutazione completa delle abitudini e dell'umore: abbandonò l'ufficio, divenne agitato, delirante persecutivo, allucinato, insonne; perdette il contegno familiare e sociale. Internato nello aprile si mantenne confuso, delirante, allucinato per 8-9 mesi: sentiva la voce di un fratello abitante a Mola; vedeva dell'ombre passargli di fianco ed udiva voci ingiuriose. Nel novembre si ricompose a poco per volta, nei mesi seguenti si orientò nel tempo, nelle persone e nell'ambiente Attualmente è socievole, loquace, canzonatore impenitente, talvolta protestatario. Presenta una certa distraibilità, fatuità, incapacità di ragionare a fondo e di esercitare la critica interiore più elevata: ma nel resto ha una memoria, una lucidità una capacità associativa e di confronto assolutamente normali. E' il vero eboidofrenico; nel quale si è mozzata la leva dell'azione logica e della volontà determinativa; mentre permane, abbandonato a sè, privo di guida, l'intero patrimonio della vita di relazione, dei ricordi e del contatto greggio con la realtà esteriore.

La lingua del paziente è un raro esempio di *macroglossia pura*. Protrusa all'esterno ed estesa in totalità, deborda ai lati della rima labiale aprendosi come una elastica membrana accortocciantesi ai bordi: ha una superficie quasi *doppia* di una lingua normale, ma, all' infuori dell' aumento totale del volume, è essa stessa normale ed a superficie perfettamente liscia e piatta.

Sarebbe stato, per me, un utilissimo contributo iconografico quello di poter offrire la fotografia di questa macroglossia pura per confrontarla con la macroglossia della lingua cerebriforme; ma mi è stato impossibile ottenere il consenso del malato. Costui anzi aveva ritenuto la mia richiesta

come indelicata e non poteva ammettere « che un figlio di medico si lasciasse fotografare la lingua come gli altri ammalati »!

OSS. XXIX (**personale**).

Debilità morale in sordo-muto.

Cop. L. fu Salv. da Specchia Prete (Lecce) di a. 30, ammesso in Manicomio nell'agosto 1911 proveniente dalle Carceri di Lecce ov' era rimasto due mesi per mancato furto ed oltraggio al pudore. E probabile che quest'ultimo reato sia stato commesso per reale bisogno sessuale, non avendo mai dimostrato il malato, in questi cinque anni, alcuna tendenza sessuale abnorme.

Il malato é intelligente e si serve molto bene della mimica per farsi intendere: ha un'idea esatta dell' ambiente, è assai affezionato al medico ed agli infermieri, lavora attivamente in sezione ed ha buonissima salute. Alle volte si fa un poco impulsivo, svogliato, eccitabile: urla, si dimena e si dispera: e ciò forse in base all'idea. che esprime molto bene, di voler essere dimesso.

La lingua (fig. 7) è uno dei più belli esemplari di tipo cerebriforme quasi completo e simmetrico, che abbia mai osservati. Dalle papille circonvallate a metà esatta della lingua, lungo il solco mediano scomparso, si osservano varie incisure trasversali, profonde, lunghe 1 $^1/_2$ cm., di cui l'ultima verso l'esterno si trova nel centro esatto dell'organo. É una incisura enorme, simile ad una larga breccia: larga 4 millimetri, profonda 2 $^1/_2$, lunga 12 mm. marcatissima e simile ad una ferita prodotta da un corpo contundente. Al di sotto di questa decorre a sua volta il solco mediano per così dire ricomposto: enormemente incavato; largo in certi punti mezzo centimetro, profondo 2 mm. fino al centro della punta ove finisce proprio al limite estremo del bordo linguale, in un sottile canalicolo.

Lateralmente alla linea mediana, a preferenza a sinistra, decorrono varie insolcature trasversali più o meno profonde che si continuano direttamente — interrotte da uno spazio libero di 8-9 mm. in 16-18 solchi marginali obliqui, paralleli, estremamente simmetrici dalle due parti, profondi, distanziati appena di $^1/_2$.—1 $^1/_2$ mm. l'uno dall'altro; e che se fossero stati estesi fino al solco mediano su tutta la superficie linguale con uguale profondità e demarcazione, avrebbero conferito alla lingua un tipo foliaceo perfettto. Macroglossia lieve: ipertrofia papillare lieve, estremamente uguale ed uniforme su tutta la superficie linguale: funzionalità perfetta. Purtroppo la fotografia non ha potuto rendere, come avrei voluto in tutta la sua evidenza, questo bellissimo esemplare (fig. 7), ottenuto a stento dopo 4 prove inutili.

OSS. XXX (**personale**).

Epilessia e frenastenia.

Cer. V. di a. 35 da Putignano. Anamnesi remota e prossima ignote. Ammesso in manicomio nel febbraio 1913. Soffre di epilessia fin dall'infanzia e ne porta le traccie sul cranio, cosperso di cicatrici. Lento nelle reazioni associative, poco orientato, disaffettivo. Attacchi motori ogni 10-15 giorni spesso accompagnati da impulsività e da stato confusionale. Alle volte il malato rimane per 2-3 mesi a letto, disorientato, allucinato e violento, in uno stato di completa assenza equivalente, raramente intercalata dai comuni attacchi motori.

La lingua è a tipo cerebriforme rudimentale. Il solco mediano parte dalle papille circonvallate con una doppia branca ramificata, a tipo dendritico, che si riunisce in un unico ramo a 2 centimetri più in basso: questo decorre pure ramificato e tortuoso fino alla punta della lingua. Non è possibile prenderne la fotografia: la forma dell'anomalia del resto presenta una tipica rassomiglianza con quella dell'oss. XIX (fig. 23).

Lieve ipertrofia papillare, lieve macroglossia.

BIBLIOGRAFIA

1. **Levi Bianchini** — Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique — Nouvelle Iconographie de la Salpétrière 1903, p. 252.
2. **Payenneville** — La langue plicaturée symétrique congénitale ecc. — I. Rousset, Paris 1905.
3. **Godson** — Cracked Tongue — The Lancet, 1840 t. I. p. 859.
4. **Federici** — Memoria su di un caso di congenita grande ipertrofia e prolasso della lingua con barifonia — Napoli, Tipografia del Petrarca, 1842: e Annali Clinici dell' Ospedale Incurabili, fasc. I. 1842.
5. **Rigal** — Seméiologie de la langue — Dictionnaire de médecine et chirurgie. p. 175. 1875, Paris.
6. **Vidal** — Anomalie de la langue consistant dans une exagération des sillons normaux — Moulage n.° 427. Musée de l'Hopital St. Louis-Paris, 1867.
7. **Lemonnier** — De la glossite exfoliatrice marginée — Thèse de Paris. p. 71, 1883.
8. **Butlin** — A treatise on the diseases of the tongue — London, 1885.
9. **Henry** — A peculiar condition of the tongue ressembling beefsteak — Austral. med. Iourn. — Melbourne, mai, 1887.
10. **Brocq** — Traité des maladies de la peau p. 388 — Paris, 1892.
11. **Partsch** — in Stereoskopischer medizinischer Atlas di Neisser — 9.ª Lief. Taf. I, C, G. — Breslau 1895.
12. **Barthélémy** — Coup d'oeil sur les glossopathies, sur quelquesunes de leurs formes chroniques, notamment sur la leucoplasie — Revue de Stomatologie, sep. 1899.

13-14. **Bloch-Chompret** — « Langue fissurale » — Revue de Stomatologie déc. 1899-1900.

15. **Gaucher et Milian** — Langue scrotale chez un hérédo-syphilitique — Annales de la Soc. de Dermatol et syphiligr. p. 1145, déc. 1902.
16. **Newborn** — A case of scrotal tongue with wandering rash. Iourn: of. cut. dis incl. syphil. — New-York mai 1913 XX, p. 324.
17. **Gastou et Chompret** — Glossite épiteliale pustulo-miliaire chez un malade présentant une langue scrotale congénitale—Bull. de la Soc. de Dermatologie, 1903.

18. **Hasler** — Macroglossie avec langue scrotale — Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux — aout 1903 p. 292.
19. **Moretti** — Due casi di idiozia mongoloide — Rivista di patologia nervosa e mentale, gennaio 1913.
20. **Dell' Erba** — Rara anomalia della lingua in un alienato criminale — Archivio di Antropologia criminale fasc. 5. 1913.
21. **Testut et Jacob** — Anatomie topographique — Paris, 1905 — tome I. p. 468-69.
22. **Quain** — Trattato di Anatomia umana — Società Editrice Libraria, Milano, Vol. II.
23. **Romiti** — Anatomia descrittiva — Vallardi, Milano.
24. **Chiarugi** — Istituzioni di Anatomia dell'uomo — Società Editrice Libraria, Milano.
25. **Sobotta et Dejardins** — Atlas d'anatomie descriptive — Tome 1. 1905. Paris, J. B. Baillière et Fils.
26. **Poirier, Charpy, Nicolas** — Traité d'anatomie humaine — Masson et C.ie Paris, 1912.
27 **Levi Bianchini** — L'Isterismo — Drucker, Padova 1913 p. 341-345.
28. **Bénard** — Langue montagneuse, langue plissée, langue scrotale — Pratique Dermatologique — t. II. p. 975, Paris 1901.
29. **Horand** — Cours inédit de dermatologie à l'antiquaille — Lyon (citato da Payenneville).
30. **Rodier, Cruet, Barthélémy** — Revue de Stomatologie, P. 37, 1900.
31. **Lang** — Revue de Societés savantes — Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, p. 1903, 1892
32. **Bowmann** — On the minute structure of voluntary muscle — Philosophical Transactions, 1840.
33. **Duval** — Compendio di istologia — Unione Tipografico Editrice — Torino, 1899.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE

Tav. XXIII fig. 1. — *Lingua normale.*

fig. 2. — *Lingua cerebriforme tipo*; *congenita*, *totale*, *simmetrica.*

Tâv. XXIV fig. 3. — *La stessa della fig.* 2. Solchi trasversi e longitudinali: lieve macroglossia; ipertrofia papillare; incisure ai bordi.

a, b, c, d — solchi longitudinali.

x, y, z — solchi trasversali delle papille circonvallate.

I, II, III, IV, V — solchi trasversali marginali destri (incisure).

I' II' III' IV' V' — solchi trasversali marginali sinistri (incisure).

I piccoli numerosissimi bottoncini bianchi, rilevati, nelle isole comprese dai solchi corrispondono alle papille coniche e fungiformi uniformemente ipertrofiche.

fig. 4. — *Lingua cerebriforme totale simmetrica:* varietà *foliacea.*

Tav. XXV fig. 5 — *Lingua cerebriforme totale*; varietà *foliacea* senza ipertrofia papillare.

fig. 6. — *Lingua cerebriforme totale simmetrica.* Bene visibili le papille ipertrofiche, macroglossia (rimpiccolita).

fig. 7. — *Lingua cerebriforme quasi totale e simmetrica.*

8. — *La stessa della fig. 6 a notevole ingrandimento e iperestesa* (rimpiccolita).

Tav. XXVI fig. 9. — *Lingua cerebriforme totale simmetrica:* con ipertrofia papillare uniforme e lieve macroglossia.

10. — *Lingua cerebriforme totale*; la sola che si possa definire come varietà *scrotale;* senza ipertrofia, pressochè simmetrica.

11. — *Lingua cerebriforme simmetrica* (nei solchi trasversali mediani); *quasi totale*, ma mancante delle incisure marginali siuistre: ipertrofia papillare.

12. — *Lingua cerebriforme totale*: *abbastanza ma non del tutto simmetrica*; si avvicina alla varietà superficiale; ipertrofia papillare evidente.

Tav. XXVII fig. 13 — *Liugua cerebriforme totale; forma di passaggio dalla simmetrica all'asimmetrica;* solco mediano diretto, profondo, dilatato; ipertrofia papillare; lievissima macroglossia.

fig. 14 — *Lingua cerebriforme totale asimmetrica:* solco mediano profondo, intersecato; ipertrofia papillare di alto grado; lievissima macroglossia.

fig. 15 — *Lingua cerebriforme totale asimmetrica;* quasi mancanti le incisure ai bordi; scomparsa assoluta del solco mediano; solchi profondi, larghi, brevi, disseminati; lieve ipertrofia papillare; volume dell'organo normale.

fig. 16. — *Lingua cerebriforme totale pressochè simmetrica;* senza ipertrofia papillare: volume dell' organo normale.

Tav. XXVIII fig. 17. — *Lingua cerebriforme totale asimmetrica*: rivela, all' estensione completa una curiosa strozzatura al 3.° medio e una lieve ipertrofia della metà destra; volume di poco maggiore della norma.

fig. 18 — *La stessa* a muscolo protruso e lievemente contratto.

fig. 19. — *Lingua cerebriforme totale asimmetrica;* ipertrofia papillare; enorme macroglossia; solchi lunghi e profondi.

Tav. XXIX fig. 20. — *Lingua cerebriforme asimmetrica totale;* volume normale.

fig. 21. — *Lingua cerebriforme asimmetrica totale;* volume normale.

fig. 22. — *Lingua cerebriforme asimmetrica superficiale incompleta;* lieve macroglossia.

fig. 23. — *Lingua cerebriforme superficiale incompleta* (si avvicina però al tipo simmetrico); lieve ipertrofia papillare; volume normale.

Tav. XXX fig. 24. — *Lingua cerebriforme piuttosto superficiale* e con qualche accenno simmetrico.

fig. 25. — *Lingua cerebriforme superficiale rudimentale;* volume normale, ma piccolo rispetto alla statura del soggetto.

fig. 26 — *Lingua a freccia.*

LIBRI ED OPUSCOLI RICEVUTI IN DONO

Anile — La salute del pensiero — Laterza, Bari 1914, L. 3.—

Lugiato — La cura antisifilitica nella paralisi progressiva — F. Giorgetti e C.°, Macerata, 1914.

Fowell — Le perversioni sessuali: Il Sadismo — Il Masochismo — La masturbazione nella donna, 3 vol. — « Il Pensiero » Istituto Editoriale, Firenze 1914.

Fabbri — Generazione cosciente — id. id. 1914.

Cecchi — La Procreazione — id. id. 1914.

Oliva — Prospetti statistici e cenni storici del Manicomio di Mantova — F. Apollonio, Mantova 1914.

Alberti — Le alterazioni della personalità nelle malattie mentali — G. Federici, Pesaro, 1914.

Ravenna — Il significato clinico delle sindromi atrepsiche — Drucker, Padova, 1914.

Schincaglia — I fondamenti della Röntgen-tecnica — U. Hoepli, Milano, 1915, L. 5,50.

De Benoit — Alkoholiker-Fürsorge—G. A. Bäschlin, Bern, 1914, Fcs 3,75.

Ciauri — Il senilismo ed i dismorfismi sessuali — Roma, L'Universelle — Imprimerie polyglotte, 1912.

Fuchs — Epilepsie und Epilepsiebehandlung—RepertoriumVerlag-Leipzig, 1914, Mk. 1,50.

Eymieu — L'ossessione e lo scrupolo — Desclée e C., Roma, 1915.

Raymond — La guida dei nervosi e degli scrupolosi — 2.ª ed. Desclée Roma, 1914.

Ughetti — L'arte di riposare — R. Quintieri, Milano 1914.

De Napoli — La sifilide ereditaria ed i moderni mezzi di indagine e di cura — V. Idelson, Napoli 1915.

Moeli — Die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme — Marhold, Halle a S. 1915, Mk. 7,50.

Jung — The Theory of Psychoanalysis — Nervous and Mental Disease Publishing Co. New-York, 1915, (n.° 19).

Bocci — I primi teoremi di Psicologia — Stab. tip. S. Bernardino — Siena, 1915.

Alessandri — Droghe e piante medicinali — 2.ª ed. Hoepli, Milano, 1915.

Pighini — La biochimica del cervello — Rosenberg e Sellier, Torino 1915.

Modena — L' assistenza nei malati di mente nella provincia di Ancona. Stab. Tipog. del Commercio, Ancona, 1915.

Loewenfeld — Ueber das Eheliche Glück — 3 Aufl. — J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1912, Mk. 5.

Fraikin — Déséquilibre du ventre et névropathies consécutives — J. B. Baillière, Paris 1914 (1 vol. delle Actualités médicales).

Cacciapuoti — Le paralisi pseudobulbari — Detken e Rocholl-Napoli, 1915.

Leadbeater — Il Credo Cristiano — Genova, Ordine della Stella d'Oriente, 1915.

Salmon — La fonction du sommeil — Paris, Vigot frères, 1910.

Delbet — L'emprise allemande — F. Alcan, Paris, 1915.

Casarotti — Patologia degli infortuni sul lavoro — Hoepli, Milano 1914, L. 6,—

Pasini — Patologia e terapia della sifilide — Hoepli, Milano 1915, L. 2.

INDICE

dei lavori originali contenuti nell'annata XXX-1915

INDICE DEGLI AUTORI

Fig. 1.

Fig. 2.

Frisco — *Atrofia muscolare tipo Charcot-Marie.*

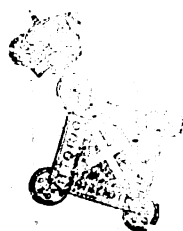
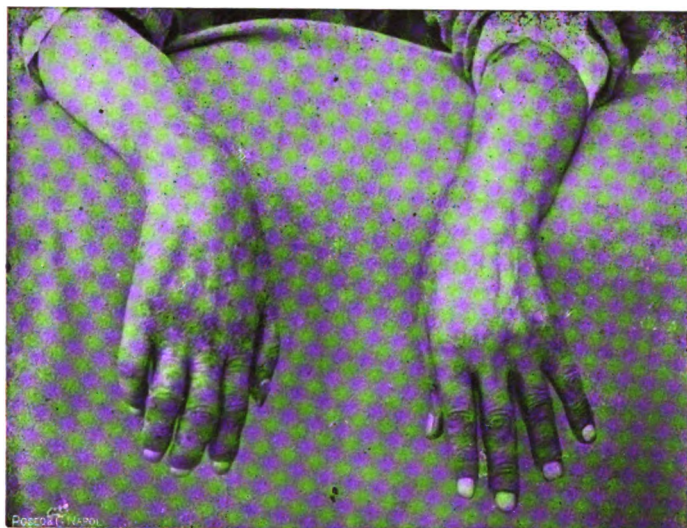



Fig. 3.

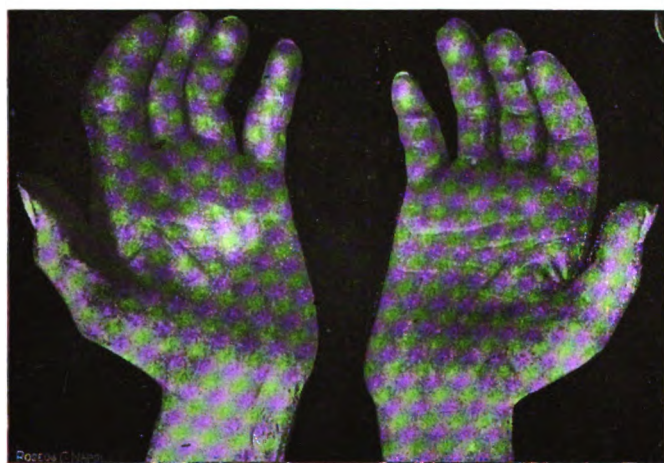



Fig. 4.

Frisco — *Atrofia muscolare tipo Charcot-Marie.*

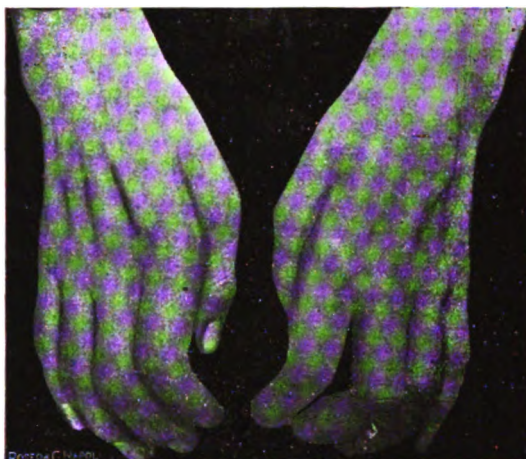



Fig. 5.

Fig. 6.

Frisco — *Atrofia muscolare tipo Charcot-Marie.*

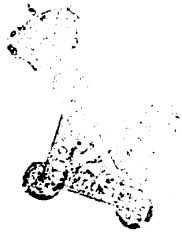
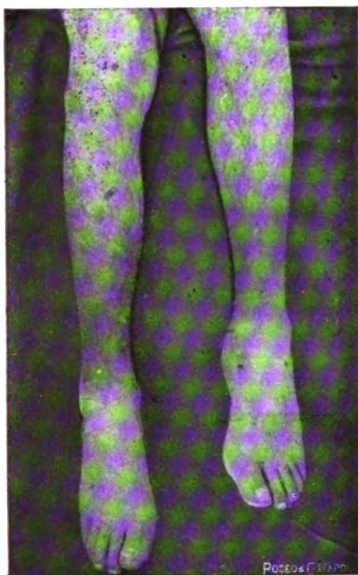



Fig. 7.

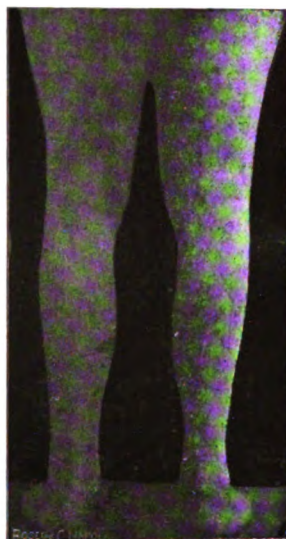



Fig. 8.

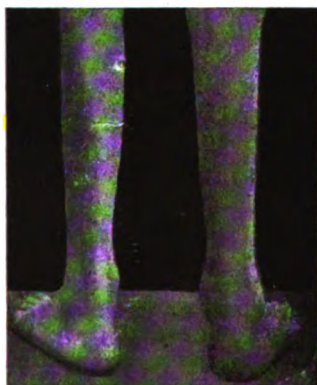



Fig. 9.

Frisco — *Atrofia muscolare tipo Charcot-Marie.*

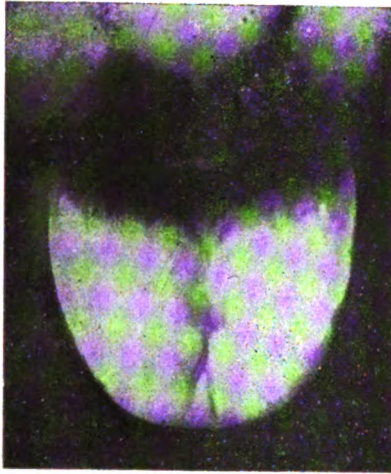



Fig. 1.

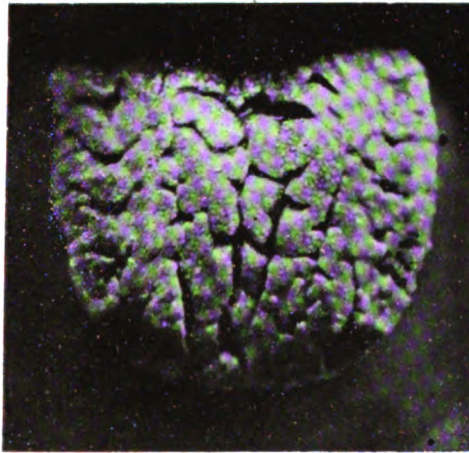



Fig. 2.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

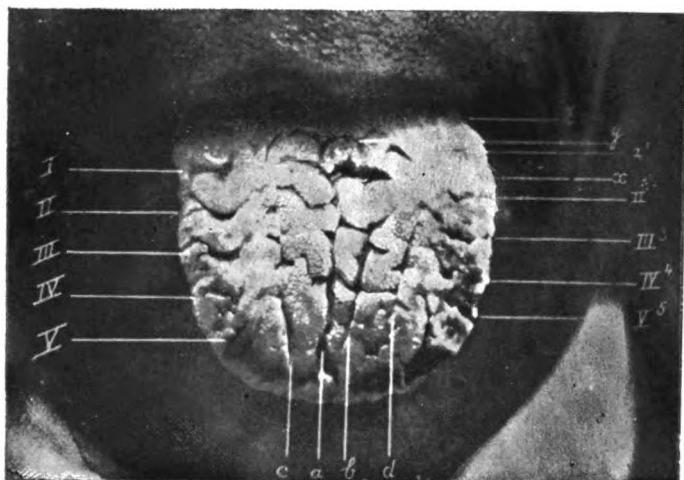



Fig. 3

Fig. 4.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

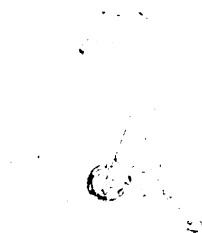
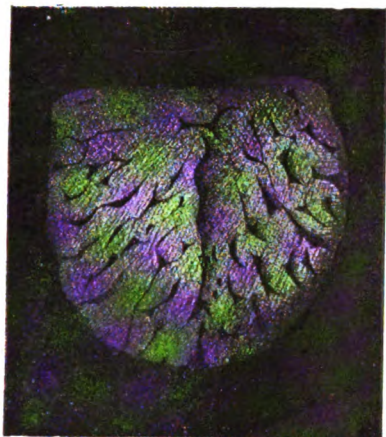



Fig. 5. Fig. 6.

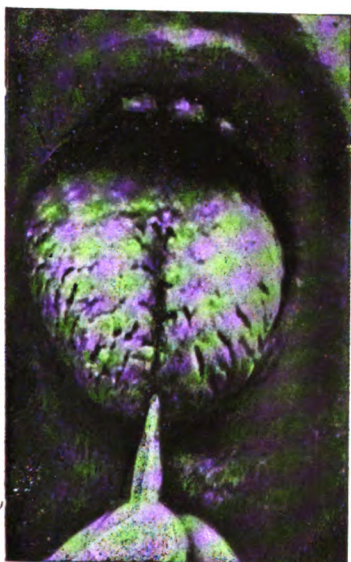
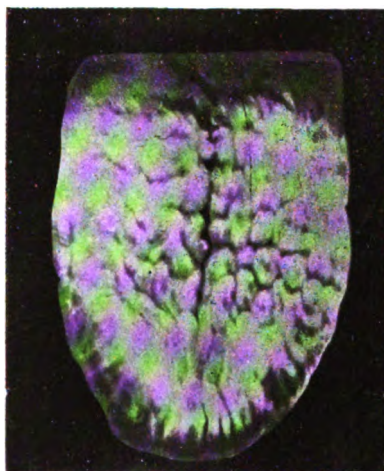



Fig. 7. Fig. 8.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

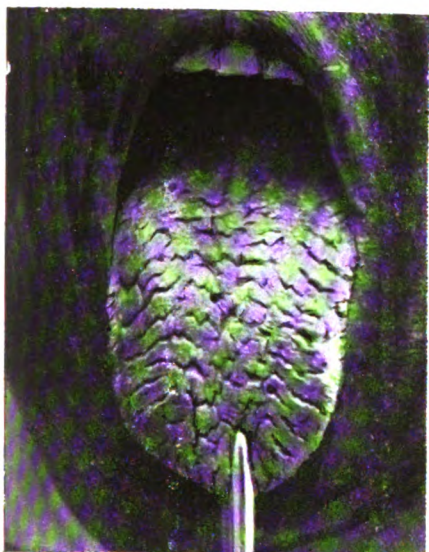



Fig. 9

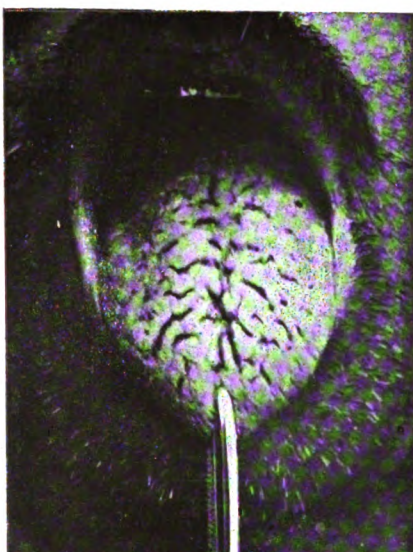



Fig. 10.

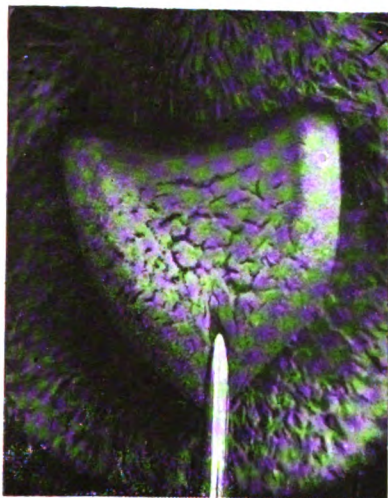



Fig. 11.

Fig. 12.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

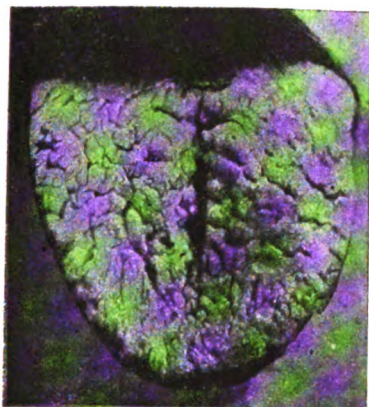



Fig. 13.

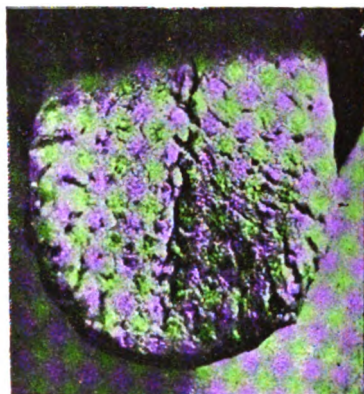



Fig. 14.

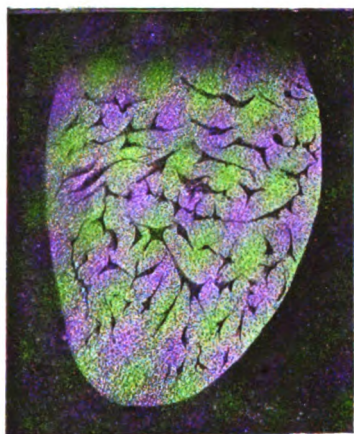



Fig. 15.

Fig. 16.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

Fig. 17.

Fig. 18.

Fig. 19.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

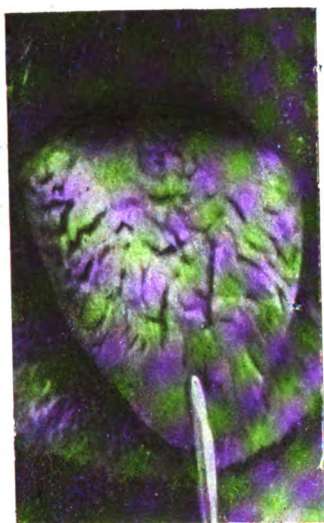
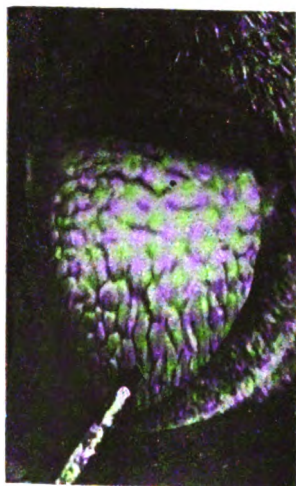



Fig. 20. Fig. 21.

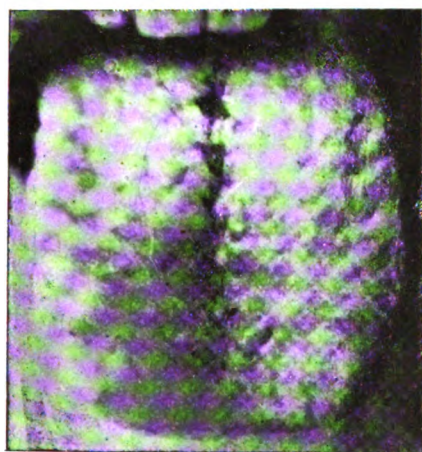
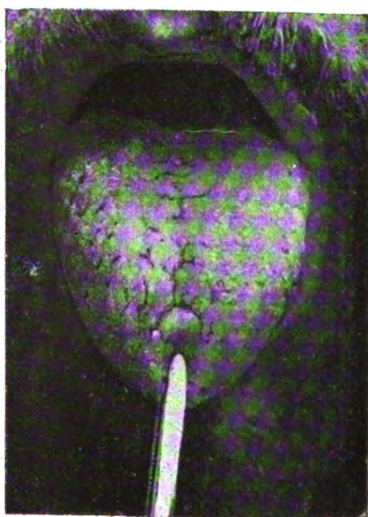



Fig. 22. Fig. 23.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

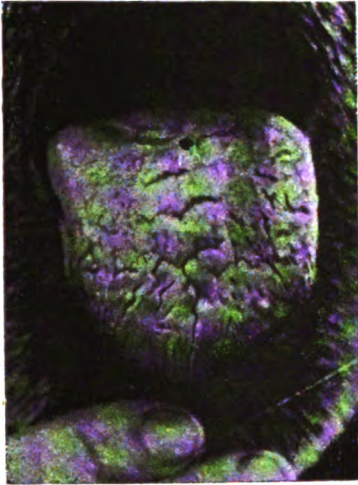
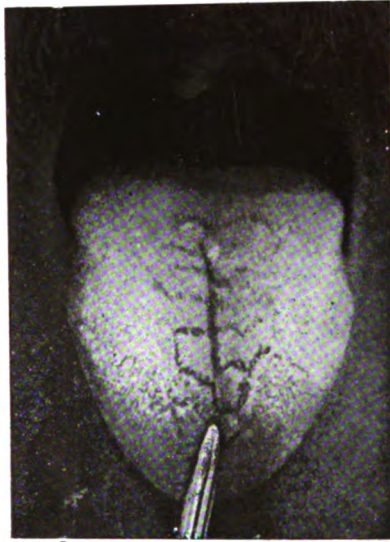



Fig. 24. Fig. 25.

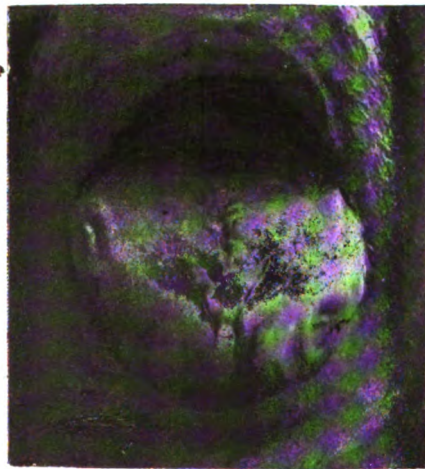



Fig. 26.

Levi Bianchini — *La Lingua cerebriforme congenita.*

ERRATA - CORRIGE

A pag.	riga	invece di:	leggi
2	10	hèredité	hérédité
»	12	personelle	personnelle
»	15	tous	touts
»	22	esperiences	expériences
»	27	individues	individus
»	32	ne	nei
3	4	ossevazioni	osservazioni
»	35	genuità	genuinità
4	36	usc	uso
5	21	sosspesa	sospesa
»	29	valore	calore
6	32	successivameate	successivamente
»	34	nelle	nella
»	»	ioglio	foglio
8	27	tcst	test
»	35	rono	frono
12	17	degli	dagli
»	28	snggestibili	suggestibili
21	3	pent	peut
25	27	Shermitte	Lhermitte
»	28	psychopatologique	psychopathologique
»	30	funtiónnels	fonctionnels
37	7	maledroits	maladroits
»	9	escagérent	exagèrent
»	10	professionels	professionnels
»	13	exécuté	exécutés
»	17	reso	resa
39	7	toeria	teoria
»	10	vigilanbulisme	vigilambulisme
»	20	régissante	réagissante
»	24	histérie	hystérie
40	32	l'isterie	l'isteria

A pag.	riga	invece di:	leggi
41	11	effettivi	affettivi
»	19	immédiatament	immédiatement
»	20	personalité	personnalité
»	22	grando	grande
»	27	colui	celui
42	18	inconstances	inconstance
»	25	canta	cauta
51	12	controili	controlli
62	23	ere	tere
74	3	apposti	opposti
82	35	nel l'anno	nell'anno
89	17	drlla	della
138	21	dt	di